Dix-Neuvième année · N° 1 · 2 Janvier 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

VŒUX DE NOUVELLE ANNÉE.

Ils sont nombreux, les vœux que nous pourrions former, cette année-ci : nous voudrions, d'abord, voir se confirmer la cessation de l'augmentation du nombre des étudiants en médecine ; nous souhaiterions la remise, aux calendes, de la révision de la loi sur l'exercice de la pharmacie ; la constitution sur de larges bases, comme nombre, de la nouvelle œuvre du Concours Médical, la Caisse des *pensions de droit* des veuves et orphelins du corps médical. Celle-ci, aidée par la *Caisse spéciale de Secours* de l'Association générale, dont nous avons enfin obtenu la création, après tant d'années de sollicitations, rendrait les plus signalés services.

Que, de plus, les diverses organisations du Concours continuent leur marche ascendante, que nos confrères se maintiennent en joie et santé et nous marquerons d'une pierre blanche l'année 1897.

Le Conseil de Direction.

Société civile du Concours médical.

Séance du Conseil de Direction du 22 décembre 1896.

Présents : MM. Cézilly, Gassot, Maurat.
M. le Dr Jeanne assiste à la séance.
Excusé : M. Gibert.
Examen de la Correspondance courante.
Examen des lignes principales d'un projet de statuts pour la caisse des veuves. — Des décisions provisoires sont prises en ce qui concerne les admissions, cotisations, la reconnaissance du droit à la pension, enfin la suppression, ou la modification de ce droit.

Le Conseil décide que ce projet de statuts sera publié, prochainement, au journal, en demandant les adhésions provisoires des confrères disposés à bénéficier de l'œuvre et qui seront ultérieurement convoqués pour la discussion des statuts définitifs.

Association amicale des Médecins Français.

Séance du Conseil d'Administration du 22 décembre 1896.

La séance est ouverte à 4 heures, sous la présidence de M. Cézilly président.

Etaient présents : MM. Cézilly, Gassot, Jeanne, Maurat et Archambaud.

Le Conseil décide que les indemnités suivantes seront versées :

Au sociétaire	francs
N° 17, pour trois mois de maladie	300
» 82, pour 60 jours plus 2 mois (jusqu'au 20 décembre)	800
» 119, pour trois mois (jusqu'au 1er janv.)	300
» 139, pour 12 jours, plus un mois (jusqu'au 17 décembre)	220
» 159, pour trois mois	300
» 159, pour 22 jours	220
» 171, pour 30 jours	300
» 216, pour 16 jours	160
» 231, pour 37 jours	370
» 233, pour 29 jours	299
» 344 (1/2 indemnité), pour 16 jours	80
» 291, pour 6 jours	60
	3.400

Le Conseil procède ensuite aux admissions suivantes :

Combinaison A.

MM. Robert (Léon), de Le Chesnay (S.-et-O.) ; Bourhonet, de Pont-Saint-Pierre (Eure) ; Liénard (Paul), de Pont-de-Beauvoisin (Savoie), et Richard de Guemené-sur-Scorff (Morbihan).

Combinaison B.

MM. Prunet, de Villeréale (L.-et-G.) (admission conditionnelle) ; Berjoan, de Vinça (Pyr.-Or.) ; Guttin, de Noirmoutier (Vendée) ; Maire, du Péage-de-Roussillon (Isère) ; Brasse, de Bihorel-les-Rouen (Seine-Inf.); Vautier, de Jouy-en-Josas (S.-et-O.) ; Compérat, d'Estissac (Aube) ;

Pluyaud, de Houilles (S.-et-O.) ; Marty, de Monaco (Principauté) ; Maussire, de Vesoul (H.-Saône) ; Lambry, de Courtenay (Loiret) ; Deney, de Barsac (Gironde) ; Hamon, de Rennes (I.-et-V.) ; Hugues, de Loriol (Drôme) ; Bodros, de Morlaix (Finistère).

L'admission d'un confrère est ajournée.

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire des séances,
Paul ARCHAMBAUD.

LA SEMAINE MÉDICALE

Guérison et préservation de la gibbosité du mal de Pott.

Dans la dernière séance de l'Académie de médecine, M. le Dr *Calot*, de Berck, a fait une communication fort remarquable sur le traitement curatif et prophylactique de la gibbosité du mal de Pott, que nous empruntons à la *France médicale*.

Contre les bosses déjà produites — déjà volumineuses et vieilles même de plusieurs années, — 4, 5, 6, 7 ans, — M. Calot montre par les 37 enfants bossus qu'il a opérés que, contrairement à ce que tout le monde pense et professe, l'on peut sans danger de mort, sans risque aucun de voir survenir des complications, soit effacer entièrement, soit corriger dans la plus large mesure cette difformité.

Ce n'est que dans des cas exceptionnellement rebelles qu'il a recours à une opération sanglante. Cette opération très délicate consiste à enlever la cale osseuse postérieure qui empêche la colonne vertébrale de se redresser. Un coin osseux enlevé derrière la moelle épinière, il sectionne la colonne osseuse vicieusement soudée, située en avant, pour la diviser en deux segments qu'on fait pivoter l'un sur l'autre jusqu'à ce que la colonne soit droite. A ce moment la bosse est effacée.

M. Calot a fait deux fois sur 37 opérations cette résection cunéiforme du rachis — les deux fois avec succès. Il présente à l'Académie le premier opéré de ces deux enfants, le deuxième est opéré seulement depuis 25 jours.

Dans les 35 autres cas, M. Calot a pu arriver à la correction par de simples manœuvres externes, précédées ou non de l'enlèvement des apophyses épineuses saillantes. — L'objectif c'est de ramener à sa position normale, en la fléchissant en arrière, cette colonne vertébrale fléchie en avant.

Il arrive à cette déflexion par des tractions exercées par quatre aides sur les deux extrémités supérieure et inférieure de la colonne vertébrale, en même temps que le chirurgien exerce une pression puissante directement sur le point convexe, sur la bosse.

Bientôt les deux segments de la colonne vertébrale se désengrènent et se relèvent complètement, la bosse a disparu. — Aussitôt, pour maintenir intégralement cette correction, le chirurgien, avant que le malade se réveille (*car bien entendu ces manœuvres se font sous le chloroforme*) applique un grand appareil plâtré serré sur le tronc en totalité depuis la tête jusqu'au bassin. Le plâtre est solide en quelques minutes, et lorsque l'enfant s'éveille, il ne peut se déplacer ; le traitement dure de 5 à 10 mois.

M. Calot montre 5 malades, soumis à ce traitement pour des bosses vieilles de six mois à six ans, chez qui la saillie dorsale ne laisse plus que des traces peu ou pas perceptibles. Or les photographies de ces enfants ont été prises avant l'opération et disent combien marquée était chez eux la difformité.

La deuxième partie de la communication, avons-nous dit, est l'exposé d'après les résultats de ces opérations d'un nouveau traitement du mal de Pott. Il est certain que les enfants sont présentés au médecin ordinaire de la famille lorsque la bosse ne date que de quelques semaines ou de quelques mois. Or, avec le nouveau traitement, on peut tout pour effacer une bosse de formation aussi récente.

On pourra donc guérir désormais tous les enfants atteints du mal de Pott sans difformité,

FEUILLETON

Mes meilleurs vœux !

Dans les plis de sa robe, hélas ! qu'apporte-t-elle,
Elle aussi ? — L'inconnu n'est-il pas son parrain ? —
Est-ce, au lieu de la paix, la discorde mortelle ?
Est-ce la joie ou le chagrin ?

Salut à l'an nouveau, que je voudrais voir surgir tout souriant et nimbé des couleurs roses de l'espérance, du fond de cet insondable gouffre ou fermente notre destinée. C'est alors qu'il mériterait grande sonnerie pour son avènement !

Qu'il vous donne du moins l'illusion du bonheur, pendant quelques heures, pendant quelques jours. Je souhaite que cette trêve se prolonge fort longtemps, pour chacun de mes lecteurs, qu'ils soient plus choyés, plus favorisés que par le passé ; — Que la détente soit complète pour ceux qui ont à redouter les tristesses de l'amoindrissement cérébral, de l'accablement coporel, qui sont sans cesse à la tâche et qu'ils puissent recommencer ensuite leur louable besogne, avec plus de cœur que jamais. Les occasions de se dévouer ne leur manqueront pas, la chose est certaine et on peut l'affirmer d'avance. — Puisse leur abnégation être à la hauteur des misères à soulager !

Puisse un rayon inattendu éclairer ou dissiper les ombres de leur laborieuse existence !

Cette période enchanteresse (au moins pour les bébés et les concierges) n'aurait-elle d'autre avantage que d'être une sorte de halte réconfortante, qu'il faudrait encore la bénir, malgré les sacrifices monétaires qu'elle impose.

Bah ! la vie n'est pas si mauvaise qu'on veut bien le dire ; il y a encore de bons moments dans l'existence.

Un rimailleur, qui doit friser la maussade cinquantaine et redouter de nouvelles avaries pour l'avenir, a écrit ceci dans un moment de détresse morale ; on y perçoit comme l'écho de quelque tourmente intérieure :

Ce que l'on n'a jamais, c'est le bonheur suprême,
C'est la fidélité de celui que l'on aime,
C'est la maison qui n'a pas de tristesse au seuil,
C'est un jour sans soucis, sans douleurs ou sans [deuil.
Ce que l'on n'a jamais, c'est un ciel sans nuage,
C'est le rêve exaucé, c'est un parfait ménage,
C'est la médaille sans un vulgaire revers,
C'est un sonnet avec quatorze jolis vers,

ce qu'on ne pouvait pas faire jusqu'alors, en les redressant immédiatement et en les maintenant dans le grand appareil plâtré circulaire, embrassant la totalité du tronc.

En outre de cet avantage inappréciable. M. Calot fait remarquer que son traitement est celui qui a la durée la plus courte : 5 à 10 mois, au lieu de 2 à 3 ans comme dans les anciennes méthodes.

C'est le traitement qui est le plus facile à observer, celui qui sauvegarde le mieux, en même temps que l'intégrité des fonctions respiratoires et digestives, la santé générale de l'enfant. Les mères, dont les enfants ont été ainsi traités, sont là pour en témoigner.

En outre, ce traitement met, tout au moins dans une large mesure, à l'abri des accidents de paralysie qui se produisent avec ou malgré les anciens traitements, puisque M. Calot sur les 37 malades ainsi traités, n'a pas observé un seul cas de paralysie. En deux mots : possibilité de corriger en totalité ou en très grande partie, les bosses déjà constituées, possibilité de les éviter et de les effacer entièrement lorsqu'elles viennent d'apparaître. Telles sont les conclusions des 37 opérations faites par M. Calot.

Les rayons de Rœntgen appliqués au diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

M. le professeur *Bouchard* a communiqué à l'Académie des sciences le résultat de très curieuses expériences qu'il a faites sur les pleurétiques et les tuberculeux pulmonaires au début au moyen des rayons X de Rœntgen. Si l'on place le thorax d'un homme bien portant entre le tube de Crookes et un écran phosphorescent, on sait qu'on voit apparaître sur cet écran le squelette du thorax figuré par une bande noire verticale à bords parallèles, et de chaque côté par des bandes obliques moins foncées représentant les côtes. De plus, on voit à droite de la colonne, vers le milieu de la région dorsale, une ombre portée par le cœur où l'on peut discerner les battements. Enfin, l'ombre portée par le foie avec sa convexité supérieure monte et descend dans la cavité thoracique suivant les mouvements respiratoires. En dehors de ces ombres, tout le reste du thorax apparaît en clair également des deux côtés. Le médiastin masqué par la colonne n'apparaît pas.

« Chez trois hommes atteints de pleurésie droite avec épanchement, j'ai constaté que le côté du thorax occupé par le liquide pleurétique présente une teinte sombre qui contraste avec l'aspect clair du côté sain ; que si l'épanchement ne remplit pas la totalité de la cavité, le sommet de ce côté reste clair et que la teinte sombre dessine la limite supérieure de l'épanchement, telle qu'elle est établie par la percussion et par les autres moyens habituels de l'exploration physique ; que la teinte sombre se fonce de plus en plus à mesure qu'on l'observe en descendant de sa limite supérieure, où l'épanchement est plus mince, vers les parties inférieures, où il est plus épais et où son ombre se confond avec celle du foie.

« J'ai reconnu de plus que, dans ces trois cas de pleurésie droite, le médiastin, qui n'est pas apparent à l'état normal, porte une ombre à gauche de la colonne et figure un triangle à sommet supérieur, et dont la base se continue avec le cœur.

« Ce triangle est l'ombre portée par le médiastin déplacé par la poussée latérale de l'épanchement et refoulé vers le côté sain du thorax.

« Dans un quatrième cas où l'épanchement n'existait plus, mais avait laissé à sa suite une rétraction du côté malade, c'est de ce côté que le médiastin déplacé faisait ombre.

« Assurément le diagnostic peut être fait aussi sûrement et aussi complètement par les procédés habituels de l'exploration, et l'application de cette méthode est soumise à des conditions qui en rendent encore l'emploi peu pratique. Mais, sans compter la précision plus grande que la radioscopie donne à la constation des déplacements du médiastin, elle a l'avantage de faire contrôler une méthode par une autre, un

---

Il a peut-être raison ; mais enfin les années se suivent et ne se ressemblent pas fatalement. — à défaut de félicités sans nuages, ce qu'on peut avoir, comme « un rayon de soleil dans la nuit la plus sombre », c'est la sérénité de l'âme, la vigueur intellectuelle, des affections cordiales et de choix, où on fraternise d'idées et de sentiments. — On peut être heureux en travaillant constamment à s'affiner, à refréner ses mauvais instincts, en ayant une conscience d'une propreté et d'une probité méticuleuses, en prodiguant l'or de son expérience à défaut de l'argent de sa bourse, en apportant les consolations et les paroles qui apaisent aux plus lamentables infortunes, en prêchant d'exemple, en travaillant à accroître son patrimoine moral et même matériel. — Pour ceux qui habitent la ville, il est facile d'avoir des clartés de toutes choses, de se réchauffer à de nombreux foyers intellectuels. — Les fêtes artistiques, de bon aloi, sont de tous les jours et on peut en prendre sa part de temps en temps, avec ou sans billet de faveur.

On y est mieux placé qu'ailleurs pour payer son tribut à la solidarité et venir en aide aux mendicités faméliques, à tous ceux qui se débattent dans l'ornière des basses réalités.

Voilà autant de sources de satisfactions intimes auxquelles des esprits délicats ne sauraient rester insensibles ; je vous désire d'en savourer fréquemment la douceur, de concert avec une compagne d'idéal ou un camarade d'élection.

Les anciens eux-mêmes, à défaut de félicités présentes et après avoir oublié les rancœurs d'autrefois, peuvent encore vivre les bonheurs déjà vécus et se griser de l'exquise ivresse des souvenirs ; leur chanson intérieure est si berceuse, à tant de joliesse !

Qu'ils se contentent de ces miettes, comme les moineaux de nos squares accueillent avec des pépiements de satisfaction ce qu'on veut leur jeter, puisqu'on ne peut pas rendre leur brillant éclat aux ailes fanées du papillon.

Les pessimistes prétendent qu'il est décourageant de jeter un coup d'œil en arrière ; ils s'obstinent à n'évoquer (avec l'accent brisé des abdications irrémédiables) que ce qu'il y eût de gris et de morne dans les 366 jours qui viennent de s'écouler, laissant inexaucés une partie des vœux formulés à leur naissance. C'est pour eux comme un bout de l'an funèbre, enténébré de mélancolie.

Cependant, soyons justes, quelques-uns de ces rêves ont pourtant été réalisés ; il n'a pas toujours fait mauvais temps ; il y a eu des journées radieuses.

Chers amis, les heures tristes sont passées ; ne songez plus qu'aux heures amènes et ensoleillées qui peuvent advenir encore. Faites sauter allégre-

sens par un autre. Elle a surtout l'avantage précieux pour l'enseignement de pouvoir faire constater simultanément et d'un seul coup d'œil, par toute une assemblée, l'existence, l'étendue, la profondeur d'un épanchement dont chacun pourrait assurément se rendre compte, à l'aide de la percussion, mais seulement d'une façon fragmentaire et par une exploration personnelle. »

En y regardant de plus près, on peut encore faire une autre remarque bien plus importante : la teinte claire du sommet du thorax augmente généralement d'étendue en même temps que l'épanchement se résorbe. Cependant, chez un des malades observés, « j'ai vu nettement que l'opacité persistait au sommet, tandis qu'une plaque claire apparaissait vers le milieu du côté où manifestement l'épanchement diminuait. Enfin, la résorption de cet épanchement étant presque complète, le sommet restait toujours obscur. Ce fait, qui ne s'était pas observé dans les deux autres cas, me donna à penser qu'il y avait condensation du tissu pulmonaire au sommet du poumon du côté malade. La percussion et l'auscultation confirmèrent cette prévision et révélèrent l'existence d'une infiltration commençante que l'épanchement avait d'abord masquée. Cette tuberculose pulmonaire avait été révélée par l'examen radioscopique.

Chez tous les tuberculeux que j'ai examinés à l'aide de l'écran phosphorescent, j'ai constaté l'ombre des lésions pulmonaires ; son siège était en rapport avec les délimitations fournies par les autres méthodes de l'exploration physique ; son intensité était en rapport avec la profondeur de la lésion. Dans deux cas, des taches claires, apparaissant sur le fond sombre, ont marqué la présence de cavernes vérifiées par l'auscultation. Mais dans d'autres cas, où l'auscultation faisait reconnaître l'existence d'excavations, celles-ci n'ont pas été vues à l'examen radioscopique. Chez un malade, les signes généraux et la toux faisaient soupçonner un début de tuberculisation, mais l'examen de l'expectoration ne montrait pas de bacilles, et les signes physiques ne permettaient pas de porter un diagnostic certain. La radioscopie a montré que le sommet de l'un des poumons était moins perméable ; et, quelques jours après, l'auscultation comme l'examen bactériologique ne laissaient pas le moindre doute.

Dans les maladies du thorax, la radioscopie donne des renseignements de tous points comparables à ceux de la percussion. L'aire pulmonaire se laisse traverser par les rayons de Rœntgen, sert de caisse de renforcement aux bruits de la percussion. Quand l'air est chassé du poumon plus ou moins complètement par un liquide épanché ou par un tissu morbide infiltré, la clarté radioscopique du thorax diminue ou fait place à une obscurité plus ou moins complète et, en même temps, la sonorité normale s'atténue et peut être remplacée par la submatité ou par la matité absolue.

Les métrites séniles.

D'après le Dr *A. Richard*, de Paris, les femmes qui ont passé l'âge de la ménopause ne sont pas à l'abri des accidents inflammatoires du côté de l'appareil génital : il existe en effet toute une catégorie importante de métrites éclatant après la disparition du flux menstruel, chez des femmes absolument indemnes auparavant de toute tare utérine. Parmi ces métrites, la variété de beaucoup la plus fréquente est celle des endométrites fétides qui évoluent avec un ensemble symptomatique, semblable, dans la grande majorité du cas, à celui du cancer du corps utérin.

Donc, le diagnostic avec le cancer étant très difficile il faut, dans ces cas, avoir recours à l'examen microscopique pour trancher la question.

Mais souvent, la muqueuse, ayant perdu ses caractères normaux dans le cas de métrite, cet examen ne donne pas de résultats satisfaisants. Il est alors indiqué, avant d'intervenir par le bistouri, d'instituer un traitement simple (dila-

---

ment et sans arrière-pensée les bouchons du vin de joie ; associez-vous à la bonne humeur des familles, dont le chef vient enfin d'entrer dans la terre promise de la chancellerie. Celle-ci s'honore et accroît le prestige de son institution par des actes tardifs de justice, en prononçant le *dignus est* en faveur d'un certain nombre d'entre nous, dont la généreuse existence fut pleine et dévouée.

Que les déçus d'aujourd'hui ne se découragent pas ; leur tour viendra. Je ne puis que regretter pour ceux-ci que le gouvernement n'ait pas pu fleurir le double de boutonnières.

....

Dans son bel ouvrage, *Outre-Mer*, Paul Bourget raconte combien il a été frappé, dans les clubs artistiques de l'Amérique, véritables chapelles de piété littéraire ou scientifique, du respect des cadets pour les aînés, et inversement de la déférence des aînés pour les cadets. Des hommes en cheveux blancs sont assis à la même table que les tout jeunes gens et intéressés par les mêmes problèmes : « Il y a une grande bienfaisance à cette pénétration des âges les uns par les autres, ajoute le distingué académicien. »

Il est certain qu'il y aurait moins de heurts de goûts, moins de malentendus violents, moins de révoltes de sensibilité, si les générations françaises fraternisaient davantage, si les opinions étaient moins en désaccord avec les manières de vivre, grâce aux largeurs de compréhension, à la tolérance de la grande intellectualité.

En Amérique, la religion du talent a presque supprimé jusqu'à l'esprit de dénigrement par anecdotes rabaissantes ; on n'y connaît pas le vain et médiocre plaisir d'humilier les supériorités, par l'examen ou l'étalage de leurs défauts, malicieusement regardés.

Il est à désirer que pour 1897 ce dilettantisme fasse parmi nous de nombreux prosélytes, selon le conseil de Cicéron, qui, dans son *dialogue sur l'amitié*, avait déjà dit : Otez de la vie la bienveillance et l'affection, vous ôtez tout ce qui en fait le charme (caritate benevolentia que sublata, omnis est de vita sublata jucunditas !)

Ce qui précède a été écrit 130 ans avant J. C., il y a plus de deux mille ans par conséquent. Les anciens avaient décidément du bon et malgré la maturité de notre civilisation, nous pourrions tourner quelquefois les yeux de leur côté, avec profit.

Au lieu de désespérer, il est plus réconfortant de croire à l'avènement définitif d'une ère de concorde, de fraternité, de réparation, où on comptera moins d'ignorants, moins de misérables et moins de méchants.

Vous craignez que la nouvelle venue ne porte la

tation, curettage, pansements), qui suffira si on a affaire à une métrite sénile et qui, dans le cas contraire, permettra un examen plus complet.

L'examen bactériologique du pus, pratiqué dans les cas de métrite sénile purulente, n'a donné jusqu'ici absolument aucun résultat (cas de Pozzi examiné à l'Institut Pasteur).

Il y a lieu d'insister en terminant sur la facilité et la rapidité avec lesquelles guérissent les métrites séniles lorsqu'elles sont convenablement traitées.

Et l'on doit par suite se demander si certains cancers du corps utérin, survenus après la ménopause et soit disant guéris, n'étaient pas simplement des cas de métrite sénile. Cela ne suffirait-il pas pour expliquer le succès durable de l'hystérectomie en pareille circonstance ?

Les angines à bacille de Friedländer.

M. le Dr *A. Hébert*, de Paris, a consacré sa thèse à l'étude d'une variété d'angine tantôt subaiguë, tantôt chronique, qui a les caractères cliniques suivants : fausses membranes nacrées ou jaunâtres, peu étendues, adhérentes à la muqueuse sous-jacente, se reproduisant rapidement après l'enlèvement. Symptômes fonctionnels et généraux à peu près nuls. Résistance au traitement ordinaire dans les formes chroniques, qui paraissent les plus communes.

Ces angines semblent dues au bacille de Friedländer que l'on rencontre en grande abondance dans les fausses membranes.

Par leur aspect clinique, elles se rapprochent beaucoup des leptothricomycoses pharyngées avec lesquelles elles ont dû être quelquefois confondues.

Il est rare que l'examen clinique puisse suffire pour déterminer la nature d'une angine, même chronique. Dans ce cas, la recherche de l'agent pathogène au moyen de l'analyse bactériologique s'impose. Il sera toujours utile de le faire, même si l'on se croit assuré du diagnostic.

La recherche du bacille de Friedländer dans l'exsudat de l'angine peut se faire de deux façons.

Examen direct. — Frottis sur lames et coloration par le Gram-Ziehl en suivant la technique ordinaire. Mais ce procédé de diagnostic reposant uniquement sur les caractères morphologiques du microbe et sa décoloration par la méthode de Gram ne donne pas de certitude. Il faut recourir aux cultures.

Cultures. — Le plus simple est d'agir, comme on le fait couramment aujourd'hui, pour les angines suspectes de diphtérie. Avec un fil de platine stérile, on touche la fausse membrane et l'on ensemence par stries deux tubes de sérum coagulé. On met à l'étuve à 36°. Au bout d'une vingtaine d'heures, on obtient une culture riche en bacilles de Friedländer, très peu souillée par des colonies de microbes ordinaires de la bouche, en particulier ceux du groupe coccus conglomeratus. L'aspect de la culture sur sérum est assez caractéristique : sur le premier tube, c'est une traînée humide, grisâtre, inégale, moniliforme, visqueuse, filante, lorsqu'on en prélève une parcelle avec le fil de platine ; sur le second tube, les colonies sont isolées, et ont le même aspect. L'examen microscopique montre des bacilles ou des diplo-bacilles à extrémités arrondies, plus ou moins volumineux, généralement polymorphes, pourvus d'une large capsule et ne prenant pas le Gram, caractères qui suffisent à les faire reconnaître. Au besoin l'inoculation sous-cutanée à la souris blanche du produit de râclage d'un tube, délayé dans le liquide qui séjourne au fond de ce tube, amenant la mort de l'animal par septicémie en quinze à quarante heures, lèverait tous les doutes.

Le meilleur mode de traitement consiste en des lavages fréquents de la cavité buccale avec de l'eau boriquée, associés dans les cas chroniques à la destruction des fausses membranes avec la pointe du galvano-cautère.

On pourrait essayer également les attouchements avec la solution de chlorure de zinc au 1/10, la solution iodo-iodurée au 1/10, l'acide

---

guerre dans les plis mystérieux de sa robe : Pourquoi ne serait-ce pas aussi bien la paix ? — J'incline pour la paix universelle, pour une paix féconde et régénératrice, qui dissipera tous les points noirs, mettra fin aux haines déchaînées, aux incertitudes, à tous les malentendus, non seulement dans notre famille médicale, mais encore parmi les nations européennes.

Ah ! si les médecins pouvaient être plus unis, se donner enfin l'accolade et se liguer énergiquement contre les iniquités et les abus, contre l'inertie des pouvoirs publics et les tracasseries du fonctionnarisme, de quelle force colossale, irrésistible, ils disposeraient !

Voilà qui devrait bien nous affranchir, nous donner du cœur pour la lutte et la marche progressive en avant.

Puissent nos aînés, qui ont commencé à prêcher la sainte croisade de la confraternité, poursuivre courageusement, les yeux levés vers l'idéal, leur belle mission de charité et de bonté.

Qu'ils nous versent des rasades de vaillance et d'espoir ; qu'ils laissent rayonner de leur âme rassérénée la lumière qui doit nous guider, à la façon des rois mages d'autrefois.

Ce sera la meilleure façon de confondre les Jérémies modernes, qui ne cessent de parler de décadence, de crier à l'abomination de la désolation, évoquent périodiquement le malaise indicible, le mal collectif et social dont souffrent nos contemporains et lancent anathèmes sur anathèmes contre les mensonges conventionnels de notre civilisation.

Mieux vaut encore sourire sceptiquement de notre fin de siècle que de tomber dans le pessimisme désigné des naturalistes, ou le pessimisme inquiet des idéalistes, selon la classification de M. de Vogüé.

Je reconnais bien que l'état présent des choses n'est pas irréprochable et que nous ne pourrions que gagner à une purification générale, à une transfiguration complète ; mais, encore une fois, il ne manque pas de braves cœurs, d'excellents médecins, qui ont eu ou qui auront leur récompense, que nous n'avons qu'à imiter, puisqu'ils nous ont précédés dans la voie heureuse, la seule qui ne trompe pas.

Je termine, comme toujours, ma petite allocution de la Saint-Sylvestre, en vous désirant tout ce qui peut vous être agréable :

Tous mes vœux ; les meilleurs souvent sont les [plus courts ;
Qu'un bonheur sans mélange entre par votre porte,
Et que rien n'en trouble le cours !

Dr Grellety (de Vichy).

chromique au 1/20, pour cautériser les parties malades.

Le phlegmon sous-pectoral.

La localisation des phlegmons sous la paroi antérieure de l'aisselle est due aux causes anatomiques suivantes, d'après le Dr *H. Prieur*, de Paris.

a) Abondance des ganglions lymphatiques dans cette région, et importance des territoires qu'ils desservent.

b) Existence d'un vaste diverticulum rétro-pectoral rempli de tissu cellulaire lâche.

c) Mobilité de la paroi antérieure de l'aisselle, les muscles pectoraux s'éloignent et se rapprochent de la cage thoracique dans les divers mouvements de l'épaule et du bras sur le tronc.

L'étiologie du phlegmon parfois obscure, relève le plus souvent des plaies infectées du membre supérieur ou du sein, quelquefois, mais plus rarement d'un traumatisme, ou peut-être de l'inflammation d'une bourse séreuse anormale.

Le phlegmon débute souvent par une période fébrile pendant laquelle le diagnostic est incertain, le pus n'étant pas encore collecté en foyer.

Son ouverture dans la plèvre et la terminaison par pleurésie purulente et par vomique est douteuse.

Le traitement du phlegmon sous-pectoral ne diffère en rien de celui des phlegmons en général.

Dès que la collection sera reconnue, il faudra donner au pus une large issue, en incisant sur une longueur de cinq à six centimètres au niveau du bord inférieur du grand pectoral. Cette incision doit être en général assez profonde, il faut chercher assez loin pour trouver le pus ; mais elle peut être faite hardiment, puisqu'en cette région il n'existe aucun gros tronc vasculaire ou nerveux qui puisse gêner l'opérateur.

L'incision sera suivie après évacuation du foyer d'un drainage au point le plus déclive pour éviter la rétention du pus ; drainage qui permettra du reste de faire des lavages antiseptiques de la poche.

L'application d'un pansement compressif avec tampon dans l'aisselle et au niveau de la paroi antérieure, permettront d'éviter la production de fusées purulentes du côté de la cavité axillaire, et faciliteront l'accollement des parois. Si parfois les fusées se propageaient dans le creux sous-claviculaire ou dans l'aisselle une contre-ouverture dans ces régions serait toute indiquée.

Si, après guérison, persistent des raideurs articulaires dues à la longue immobilisation, de l'atrophie musculaire, de l'induration de la région ; les massages, la faradisation hâteraient la guérison complète.

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

Les métrorrhagies et leurs traitements.

Un des problèmes les plus ardus et les plus périlleux de la pratique médicale est celui des métrorrhagies, c'est-à-dire des pertes de sang utérines. Quel est celui d'entre nous qui ne se souvient d'avoir été appelé quelque nuit, d'urgence, auprès d'une femme inconnue ayant des pertes alarmantes ? Quelle terrible corvée et quel périlleux piège ! Dans la moitié des cas, au moins, il s'agit de métrorrhagies d'avortement ou de placenta prævia, et alors, que de risques à courir pour le praticien ! Jamais, vous ne pouvez prévoir où cela va vous mener. Non pas que vous deviez craindre davantage pour la vie de la malade que dans toute autre circonstance, mais parce que cette malade, dont vous ignorez le passé pathologique ou moral, peut chercher à vous faire imputer un avortement criminel qu'elle-même a provoqué un des jours précédents. C'est donc moins pour elle que pour votre réputation que vous devez craindre. Vous avez d'abord à sauver sa vie, ce qui n'est pas toujours aisé, et en même temps, vous devez prendre vos précautions pour éviter toute affaire judiciaire, car on trouverait toujours moyen de vous compromettre. C'est l'étude de ces deux difficultés que nous nous proposons de faire aujourd'hui pour aider nos confrères à se tirer à leur honneur de ces embarras.

I

DIAGNOSTIC CLINIQUE ET TRAITEMENT.

Nous supposerons qu'il s'agit d'une femme en pleine vie génitale, c'est-à-dire entre 16 et 50 ans environ. Cette femme a une perte abondante de sang et l'on connaît la vie pathologique antérieure de la malade : on sait, par conséquent, s'il y a grossesse ou non ; en réalité, la difficulté n'est pas très grande ; cette métrorrhagie est due, en effet, soit à un corps fibreux, soit à une métrite parenchymateuse hémorrhagique, soit à un épithélioma utérin. L'examen par le toucher vaginal et le palper abdominal diront s'il s'agit d'un épithélioma ou d'une simple métrite hémorrhagique. Les fongosités, les irrégularités anfractueuses et la dureté du col, l'odeur putride du sang évacué et l'intensité des douleurs pelviennes ou lombaires, seront des signes certains de l'épithélioma. Au contraire, la mollesse et la tuméfaction du col, le poids de l'utérus, seront des symptômes non équivoques de métrite parenchymateuse hémorrhagique ; la présence d'une tumeur dure faisant plus ou moins corps avec l'utérus et mobile avec lui dans un des culs-de-sac, en même temps que l'augmentation de poids de l'utérus, serviront à diagnostiquer le fibrome. Le spéculum ne doit pas être employé pour le diagnostic d'une métrorrhagie ; inutile donc d'en parler.

Mais, il est rare que ces circonstances simples se présentent au praticien ; souvent, au contraire, le gros problème est de savoir, précisément, si la malade est enceinte ou non. La malade peut d'ailleurs être de bonne foi ou de mauvaise foi, en niant la grossesse ; on ne peut donc attacher qu'une importance médiocre à ses indications personnelles. Certes, s'il s'agit d'une grossesse au huitième et même au cinquième mois, l'hésitation ne devra pas être longue ; le palper renseignera sur la forme de la tumeur abdominale et sur ses mouvements propres, l'auscultation démontrera l'existence de battements cardiaques et la nature fœtale de la tumeur sera bientôt déterminée. Mais entre un mois et cinq mois, le diagnostic sera plus ardu : à partir de trois

mois, il y a une tumeur palpable et, par conséquent, il ne s'agit que d'une chose : c'est d'être fixé sur la nature de cette tumeur ; or, c'est souvent difficile, puisque des chirurgiens, réputés sérieux, ont parfois commis l'erreur de conseiller et de pratiquer une opération abdominale, pour extirper une prétendue tumeur maligne qui n'était autre chose qu'un fœtus bien vivant. Peut-on se baser sur l'interrogatoire de la femme ? Oui, sans doute, dans bien des cas, la malade est parfaitement de bonne foi et vous répond qu'elle est enceinte, qu'elle n'a pas ses menstrues et que les nausées, les vomissements, les picotements des seins, lui prouvent qu'il n'y a pas à hésiter. Une multipare est toujours plus ou moins à même de renseigner le médecin à ce sujet et on peut la croire, si elle affirme sa grossesse. Pour une primipare, la chose n'est pas aussi simple : la jeune femme peut être habituellemement mal réglée, et l'on ne doit pas toujours attribuer une valeur absolue à l'absence de règles depuis quelques mois, en faveur de la grossesse. Au contraire, la grossesse peut évoluer sans suppression complète des règles, au moins pendant les premiers mois.

Il peut donc arriver que la tumeur déjà assez volumineuse ne soit pas le moins du monde attribuée, par la malade, à une grossesse.

Enfin, dans un certain nombre de cas, la malade, pour telle ou telle raison, cherche à cacher au médecin la réalité et l'égare volontairement au cours de son interrogatoire, en répondant toujours qu'elle a ses règles avec régularité, qu'elle n'éprouve rien aux seins et que d'ailleurs sa tumeur n'a pas augmenté brusquement, qu'elle date de nombreux mois. Ce dernier cas est certes le plus dangereux, puisque le médecin, s'il ne cherche pas à approfondir le diagnostic, fera une erreur énorme et instituera un traitement complétement à rebours. Les ruses des femmes vont parfois jusqu'à affirmer qu'elles n'ont pas eu de rapports avec des hommes depuis plus d'une année ; qu'elles ont déjà eu des métrorrhagies les mois précédents ; que, même elles ont été passées au spéculum, à l'hystéromètre, curetées par d'autres médecins, qu'on leur a donné de l'ergotine, etc., tous les mensonges, en un mot, les plus capables de faire croire au médecin qu'il n'y a sûrement pas grossesse et que, par conséquent, la métrorrhagie actuelle doit être traitée comme si l'utérus était vide. De la méfiance donc, et d'autant plus de méfiance que la malade paraîtra moins accepter la possibilité d'une grossesse.

En général, quand nous sommes appelés inopinément auprès d'une jeune femme qui a des pertes, nous devons a priori la juger enceinte, quelles que soient ses protestations ou du moins quelqu'invraisemblable que cela puisse sembler, étant donné l'âge, la vie, les habitudes de la malade. L'examen physique permettra peut-être ensuite d'abandonner cette première idée ; mais mieux vaut se conduire d'abord comme s'il s'agissait d'une grossesse, que d'omettre une si importante éventualité.

Nous supposons donc que la malade atteinte de métrorrhagie est porteuse d'une tumeur abdominale atteignant ou dépassant l'ombilic de deux travers de doigt environ et que cette malade est incapable de nous renseigner sur la possibilité d'une grossesse soit volontairement soit involontairement. Le palper abdominal nous fera souvent remarquer la situation bien médiane de la tumeur, sa consistance égale, dure et régulière ; le toucher nous indiquera la mollesse des parois vaginales, la mollesse du col utérin, la mollesse des culs-de-sac (tout est mou), la perméabilité excessive du canal cervical utérin ; enfin, la simple inspection des seins nous apprendra que les aréoles du mamelon sont fortement colorées et que quelques tubercules de Montgommery font saillie. Si tous ces signes sont concomitants, point d'hésitation, la malade a beau nier, elle est enceinte de trois ou quatre mois. Du reste, que pourrait être cette tumeur, sinon une grossesse ! Serait-ce un fibrome ? Mais, en ce dernier cas, le col utérin est dur et rarement entr'ouvert, l'un des culs-de-sac vaginaux est rempli par une masse dure à peine mobile, et la palpation abdominale révèle des inégalités de consistance assez notables, les seins ne présentent aucun changement appréciable ni en couleur, ni en saillie ; de plus, l'état général est très profondément altéré, quand le fibrôme a atteint un volume tel que celui que nous supposons. Serait-ce un kyste ovarique, une tumeur du ligament large ? On constaterait son indépendance de l'utérus, et sa prédominance dans un des culs-de-sac vaginaux, en même temps que sa situation plus latérale que médiane ; d'ailleurs, ce genre de tumeurs donne rarement lieu à des métrorrhagies. Il est à peine besoin de signaler la possibilité d'une confusion entre la tumeur utérine produite par l'utérus gravide et le tympanisme abdominal produit par la constipation opiniâtre ou l'ascite qui accompagne une cirrhose atrophique du foie ou une cardiopathie ancienne non compensée. Il suffit de palper un peu attentivement l'abdomen et de pratiquer avec soin le toucher vaginal pour écarter rapidement ces erreurs. La tuméfaction, produite par l'acuité de la péritonite tuberculeuse, est bien différente aussi par sa forme et sa consistance inégale, d'une tumeur utérine fœtale ou fibromateuse et, d'ailleurs, elle donne bien rarement lieu à une métrorrhagie.

Nous arrivons maintenant à la plus embarrassante éventualité qui puisse se produire : une femme a une métrorrhagie, sans tumeur abdominale appréciable et, par conséquent, si elle est enceinte, elle ne l'est pas de plus de un à trois mois. Sur quelles bases nous appuierons-nous pour fixer notre diagnostic de la cause de la métrorrhagie ? Si la femme est jeune mariée, si elle a eu pour la première fois ses règles interrompues pendant un mois ou deux, si, en un mot, la possibilité d'une grossesse est bien envisagée par la patiente, le problème sera réduit à sa plus grande simplicité ; il s'agira d'une grossesse de deux ou trois mois avec menace d'avortement ou commencement d'avortement involontaire. Mais la plupart des cas sont bien autrement ardus : la malade est une jeune fille qui tient à tout prix à cacher une grossesse, ou une femme mariée qui, pour un motif ou pour un autre, ne veut pas de grossesse et cherche à la « faire passer » sans vouloir avouer quoi que ce soit. Alors, l'interrogatoire sera de nulle valeur pour le médecin ; il pourra même être trompeur, puisque, par ruse, la malade cachera tous ses antécédents génitaux.

Essayons donc de suivre les différentes réflexions et recherches que devra faire le praticien sur la sellette : La malade perd du sang en assez grande abondance. D'où vient ce sang ? Une plaie de vulve est vite reconnue par lavage et essuyage de cette région. Une plaie vaginale est plus difficile à dépister, si on n'a pas à sa disposition les commémoratifs traumatiques. Une seule remarque peut cependant suffire : Une hémorrhagie vaginale ne peut provenir que d'une blessure artérielle; donc le sang qui coule est rutilant et non en caillots. En effet, s'il s'agissait d'une plaie veineuse, le sang s'arrêterait de lui-même et il n'y aurait pas d'hémorrhagie proprement dite. Ces deux causes d'erreur éliminées, le sang ne peut venir que de l'utérus; mais quelle est la source de l'hémorrhagie ? Le sang des menstrues est noir, poisseux, filant et ne s'échappe jamais en volumineux caillots comme la métrorrhagie. Quatre hypothèses sont possibles, en présence d'une perte abondante et en caillots : 1° Il s'agit d'une grossesse et d'un avortement. 2° Il s'agit d'un fibrome. 3° C'est un épithéliome utérin. 4° C'est une hémorrhagie de métrite parenchymateuse.

Une cinquième hypothèse peut, à la rigueur, être admise : c'est celle d'une congestion ovarienne avec hémorrhagie au cours d'une fièvre grave typhoïde, variole, scarlatine, pneumonie.

Seul l'examen par le toucher vaginal peut nous renseigner sur la situation réelle : 1° Le col est mou, ainsi que le vagin, les culs-de-sac, l'orifice du museau de tanche est entr'ouvert ou tout au moins perméable, le col est remonté très haut, l'utérus est en légère inclinaison postérieure, et son poids est augmenté ; c'est une grossesse avec menace d'avortement ; si le museau de tanche est fortement entr'ouvert, et si la malade éprouve de vives coliques, l'avortement est commencé et même, parfois, déjà terminé ; un examen très détaillé du col et de son orifice est nécessaire pour se rendre compte de l'état et de l'époque de l'avortement.

2° Le col est dur, non entr'ouvert et surtout non perméable; l'utérus est lourd, mais bosselé, principalement sur sa face postérieure, la malade a déjà eu de fréquentes pertes en dehors de l'époque des règles ; il s'agit d'un fibrome. 3° Le col est ulcéré, rongé d'anfractuosités plus ou moins profondes, ou simplement parcheminé, pierreux ; l'utérus est peu mobile, le sang a une odeur putride ; il s'agit d'un épithélioma ou d'un squirrhe utérin.

4° Le col est gros, volumineux, non ramolli, l'utérus est augmenté de poids, l'hémorrhagie a succédé aux règles véritables et se renouvelle d'ailleurs presque toutes les semaines ; c'est une métrite hémorrhagique. Enfin dans les cas de pyrexies graves, fièvre typhoïde, variole, pneumonie, scarlatine, une métrorrhagie peut être le fait de ces quatre premières causes, avortement, fibrome, cancer, métrite hémorrhagique ; mais elle peut être due aussi à une congestion ovarienne intense. Dans ce dernier cas, on ne trouve rien à l'examen local du col utérin par le toucher, ni ramollissement, ni perméabilité, ni dureté, ni augmentation de volume, ni ulcérations.

Chez quelques jeunes filles plus ou moins hémophiliques, l'administration du fer à l'intérieur, pendant la période menstruelle, peut amener de petites métrorrhagies assez inquiétantes Il faut être prévenu de la possibilité du fait, et si l'on a la moindre crainte pour la vie de la malade, étant donné l'abondance de la perte, on devra pratiquer le toucher malgré l'hymen et examiner soigneusement l'état du col, pour se rendre compte s'il n'y a pas déjà un fibrome ou un cancer, au lieu d'une simple congestion métro-ovarique.

Dans tous les cas, l'examen attentif des caillots évacués par la malade s'impose au praticien. Malheureusement, on les a déjà fait disparaître involontairement ou volontairement ; il faut montrer aux personnes présentes qu'on y attache une grande importance et interroger avec insistance sur le volume, la forme, l'apparence extérieure de ces caillots. Quand on peut les examiner soi-même, il faut les désagréger et les disséquer soigneusement dans une cuvette d'eau, afin de se rendre compte s'il n'y a pas là des débris fœtaux ou placentaires.

Traitement. — Suivant le diagnostic établi, la conduite thérapeutique sera différente. Cependant, il y a une série de prescriptions générales que l'on doit toujours faire en arrivant auprès d'une femme atteinte de métrorrhagies. Tout d'abord, la patiente sera placée horizontalement sur le lit, la tête aussi basse et même un peu plus basse que les pieds, en enlevant l'oreiller et le traversin ; la chambre sera fraîche, au besoin, la fenêtre sera un peu entr'ouverte, et peu de monde restera auprès de la malade. On fera préparer de l'eau bouillie froide et de l'eau bouillante, ayant bouilli environ 1/4 d'heure, et on aura à sa disposition de l'éther, une seringue hypodermique pour faire, en cas de syncopes, des injections intra-musculaires d'éther. Enfin, on fera préparer en cas de besoin un ou deux litres de sérum artificiel d'Hayem bien stérilisé, et un appareil disposé pour les transfusions veineuses, purgé d'air et stérilisé dans toutes ses parties (voir le n° 41 du *Concours médical*, 1896, page 487).

Le sérum d'Hayem est ainsi composé :

Sulfate de soude........	10 gr.
Chlorure de sodium....	5 gr.
Eau distillée bouillie....	q. s. pour 1 litre.

Nous avons omis à dessein de parler de l'ergot de seigle et de l'ergotine ; c'est la dernière préparation à donner à une femme qui a des pertes, et le nombre de ses méfaits est incalculable.

Nous allons maintenant envisager les différents modes de traitement à appliquer selon les cas.

1° La femme est enceinte de 6 à 9 mois : il est presque certain que l'on se trouve en présence d'un placenta prœvia. Deux cas peuvent alors se rencontrer : A. Le col utérin est entr'ouvert et non dilaté ou même non dilatable ; si le sang coule abondamment, il n'y a qu'une chose à faire : pratiquer une injection très chaude à 50 degrés d'eau bouillie ou légèrement sublimée (0.25 c g. par litre), puis, pratiquer le tamponnement au moyen d'un chapelet de petits tampons d'ouate hydrophile aseptique, et attendre l'accouchement. Le tamponnement se pratique avec le spéculum et une longue pince bien stérilisés ; les tampons, tous réunis par un fil aseptique, sont enfoncés successivement et

tassés dans le fond du vagin jusque près de la vulve ; une serviette bien serrée en forme de bandage en T, maintient ensuite ce tampon en place, en comprimant un peu la vulve. Généralement, au bout de quelques heures. les contractions utérines se succèdent et le travail commence plus ou moins régulièrement. L'accouchement du tampon est suivi de l'accouchement de l'enfant à moins de position vicieuse ou de rétrécissement pelvien. Dans ces deux derniers cas, il faut placer la paturiente la tête très basse, les jambes très hautes, et faire comprimer l'aorte abdominale pendant qu'on pratique la version ou qu'on applique le forceps, ou enfin qu'on pratique la symphyséotomie.

B. Le col utérin est dilaté ou seulement dilatable; on se munit d'un ballon de Champetier bien aseptique ; on l'introduit dans le col utérin, on le gonfle et l'accouchement ainsi provoqué se termine rapidement pendant qu'on fait des injections d'éther, qu'on fait comprimer l'aorte abdominale et qu'on place la malade la tête en bas. Les débris placentaires sont soigneusement examinés, on fait une injection intra-utérine à 50 degrés avec de l'eau bouillie ou sublimée et en cas de syncopes prolongées, on fait une transfusion intra-veineuse de sérum artificiel.

2° La femme est enceinte de 3 à 6 mois, l'avortement va se produire, ou il s'est déjà produit. Tout d'abord, le décubitus horizontal, le repos absolu, un fort lavement chloralé à 2 grammes et une injection vaginale à 50 degrés pourront peut-être enrayer la menace d'avortement, et la malade sera maintenue longtemps encore au lit pour permettre à la grossesse de continuer si possible est. Si l'avortement est inévitable il n'y a qu'à laisser faire la nature, et une fois l'expulsion des caillots fœtaux et placentaires terminée, on fera une large injection intra-utérine à 50 degrés et au besoin, un curettage débarrassera la cavité utérine des débris qui pourraient y séjourner, s'y putrifier et infecter toute l'économie, quand on n'a pas assisté à l'avortement et qu'on est appelé après, il ne faut pas manquer de faire cette injection intra utérine et ce curettage.

3° La femme est enceinte de 1 à 3 mois ; il faut chercher à arrêter l'hémorrhagie par le décubitus horizontal, la tête basse, le repos absolu, l'évacuation du rectum et des lavements chloralés. Si l'avortement se produit il faut suivre la même marche que dans le cas précédent (n° 2).

4° Le diagnostic a établi que l'utérus de la malade est vide et qu'il n'y a pas de grossesse, c'est un fibrome, une métrite hémorrhagique, un cancer, une congestion métro-ovarienne.

Contre le fibrome, le mieux est de faire des injections très chaudes vaginales à 50 degrés, de faire observer le repos le plus complet et de donner chaque jour, 0,50 centigr. de poudre de sabine en deux cachets.

Contre la métrite hémorrhagique, les injections chaudes intra-utérines à 50 degrés et le curettage sont les plus sûrs moyens d'action. L'ergotine et l'ergotinine peuvent être employées sans danger et pour le plus grand bien de la malade.

Contre le cancer, toujours les injections chaudes et le pansement de Guinard au carbure de calcium, sont les meilleurs palliatifs.

Contre la congestion utéro-ovarienne, le repos au lit, les injections très chaudes et la sabine sont les plus efficaces agents que nous ayons à notre disposition.

Parlerons-nous des métrorrhagies de la ménopause, du cancer et du fibrome des femmes âgées ! Au point de vue du traitement, cela n'est guère utile, car il est le même que celui exposé précédemment pour les métrorrhagies en dehors de la grossesse. Le point capital à retenir est celui-ci : Quand l'utérus est plein, les métrorrhagies ne peuvent être combattues que par les injections à 50°, le tamponnement ou l'accouchement provoqué, rapide ; quand l'utérus est vide, c'est encore aux injections chaudes qu'on devra donner la préférence, puis on pourra recourir à l'ergot et à la sabine, enfin au curettage.

II

PRÉCAUTIONS MORALES POUR SAUVEGARDER LA RÉPUTATION DU MÉDECIN.

Malgré ce que semblent penser certains magistrats tous les médecins ne sont pas des hommes tarés, qui gagnent la forte somme dans la pratique des avortements criminels. La grande majorité d'entre eux ne devrait même jamais être soupçonnée car si les occasions sont nombreuses, bien rare sont les chutes. Malheureusement, on soupçonne les médecins en général et peut-être même, de plus en plus. Nous ne saurions donc trop prendre nos précautions pour ne pas risquer de perdre notre honneur et celui de notre famille, en portant le secours réclamé aux femmes atteintes de pertes utérines. Comme nous le disions en commençant, ce ne sont pas nos clientes habituelles qui risquent de nous compromettre dans de telles circonstances ; ce sont les clientes de passage que nous n'avons jamais vues et qui implorent notre secours précisément à l'occasion d'une métrorrhagie, ce sont ces malades qui peuvent nous entraîner volontairement ou involontairement dans des accusations, que nous n'aurons nullement méritées, mais qui rencontreront toujours créance auprès des magistrats et du public et nous discréditeront à tout jamais.

Il importe donc que nous évitions le piège qui nous est ainsi tendu par tous d'une manière d'autant plus odieuse, que l'on emploie, pour nous y attirer, les appels à nos sentiments d'humanité et de devoir professionnel. Quoi de plus honteux que ce procédé qui consiste à demander le secours d'un médecin pour une femme ayant des pertes et à accuser ensuite ce médecin d'avoir provoqué l'avortement dans une intention criminelle ?

Il n'y a qu'une conduite à tenir : faire appeler un autre confrère en consultation, si la chose est possible immédiatement, et, en tout cas, exiger la présence auprès de la malade, pendant l'examen ou les opérations qu'on lui fait subir (injections, piqûres, curettage) d'au moins deux témoins aussi impartiaux que possible (membres de la famille, amies, voisines, au choix de la malade).

Ces genres d'affections-là ne se soignent pas dans la solitude et dans le seul à seul avec la malade. Il faut brièvement exposer le cas aux

assistants et expliquer la conduite que l'on va suivre, si la malade ne réclame pas le secret absolu ; mais si le secret est exigé, le médecin doit refuser d'intervenir seul et réclamer au moins la présence d'un autre confrère.

Telle sera notre conclusion pratique à cette difficile question des métrorrhagies, aussi embarrrassante au point de vue médico-légal qu'au point de vue du diagnostic et du traitement.

Dr Paul HUGUENIN.

HYGIÈNE PUBLIQUE

De la Désinfection par l'Aldéhyde formique. (Formol).

Dans le « *Concours Médical* » du 30 mars 1895, sous le titre : DE LA DÉSINFECTION PENDANT ET APRÈS LA MALADIE, j'ai fait ressortir l'avantage de la désinfection par l'aldéhyde formique (formol, formaldéhyde, etc.) sur les pulvérisations de sublimé et les vapeurs sulfureuses (1), en me basant sur les expériences faites par M. Trillat, le Dr Berlioz et le Dr Miquel, et je citais cette phrase du Dr Miquel : « Je crois, pour ma part, que ce corps est destiné à supplanter tous les antiseptiques dès qu'on aura trouvé le moyen de l'utiliser aisément dans la pratique courante de la désinfection. »

On n'avait alors à sa disposition que la lampe à capillarité produisant l'oxydation de l'alcool méthylique au contact de l'air et du platine au rouge sombre, soit la lampe de Trillat, soit l'appareil de Cambier et Brochet, composé de 8 lampes analogues alimentées par un réservoir unique. Tous ces appareils ne fournissaient qu'une très petite quantité relativement faible d'aldéhyde formique, et ont l'inconvénient de devoir être abandonnés à eux-mêmes sans surveillance, dans le local à désinfecter. S'ils fonctionnent bien, le mal n'est pas grand ; mais ils peuvent fonctionner mal et alors de deux choses l'une : ou bien la lampe s'éteint au bout de peu de temps, ce dont on se rend compte en pesant l'appareil avant et après ; ou bien le platine rouge sombre s'échauffe au contact des vapeurs de l'alcool méthylique, devient incandescent, l'alcool brûle au lieu de s'oxyder et ne produit pas d'aldéhyde formique, et il a diminué de poids comme si la lampe avait bien fonctionné. Tels sont les inconvénients que l'on a signalés et que nous avons constatés nous-même depuis deux ans environ que nous nous servons de deux lampes Trillat pour nos désinfections.

Ces faits sont encore peu connus et nous en trouvons une preuve dans l'article publié dans le *Concours* du 31 octobre : *La désinfection des wagons de chemin de fer*, où le Dr Mauriac, de Bordeaux, préconise l'emploi de la lampe à oxydation de Trillat, lampe formogène.

Il me semble donc nécessaire d'exposer les recherches qui ont eu lieu depuis 2 ans, les nouveaux appareils inventés, et les résultats des dernières expériences, d'autant plus que les journaux de médecine (1) paraissent se désintéresser de la question comme si rien n'était à perfectionner dans les procédés actuellement usités.

La lampe formogène ayant les inconvénients ci-dessus indiqués, Trillat inventa un *appareil formogène à projection* (oxydation d'un mélange d'air et de vapeurs d'alcool méthylique), puis un *appareil à entraînement de vapeurs de formaldéhyde par la vapeur d'eau*. Je ne décrirai ni l'un ni l'autre, car il les a jugés défectueux et les a abandonnés et je m'empresse d'arriver à l'appareil uniquement employé aujourd'hui par lui, pour la *régénération des vapeurs de formaldéhyde gazeuse*.

Si l'on cherche à évaporer directement une solution d'aldéhyde, dès que la concentration dépasse 40 %, une polymérisation se produit qui augmente au fur à mesure de cette concentration et l'on n'obtient pas de vapeurs désinfectantes ; mais, dit Trillat, « la solution d'aldéhyde formique, chauffée dans un autoclave, sous une pression de 3 à 4 atmosphères, laisse dégager ses vapeurs sans formation de produit polymérisé, l'addition d'un sel neutre favorise la régénération. »

L'appareil se compose d'un *autoclave* dont la forme est un peu plus allongée que celle des modèles ordinaires. Il est en cuivre ; l'épaisseur de ses parois est d'environ 12 millimètres. Le chauffage est obtenu soit par une rampe concentrique de gaz, soit par le pétrole. Cet appareil est pourvu d'un manomètre et d'une soupape de sûreté. Un tube en cuivre malléable dont le diamètre extérieur n'a guère que 2 m/m. amène les vapeurs d'aldéhyde dans le local à désinfecter ; son petit diamètre lui permet de passer par le trou de la serrure, que l'on dévissera s'il le faut, ou par le vide qui existe souvent sous la porte et que l'on bouchera tout autour du tube, ou par un petit trou de vrille facile à dissimuler, etc., etc.

On introduit dans l'autoclave un mélange de solution de formol et de chlorure de calcium ou, à défaut de ce produit, du sel marin, moins actif, mais qui facilite encore sensiblement l'entraînement des gaz.

Il faut environ trois quarts d'heure pour avoir la pression de 3 atmosphères ; on ouvre alors avec précaution le robinet, et les vapeurs se précipitent sous forme de vapeurs blanches. Elles sont sèches, comme on peut s'en assurer en plaçant un linge devant le tube ; après dix minutes, les vapeurs ont déjà atteint les points extrêmes du local à désinfecter. Une heure est plus que suffisante pour une pièce de 100 mètres cubes. Quand l'atmosphère est saturée, les vapeurs s'échappent par les fissures et l'on en est averti par l'odeur qui sort de la porte devant laquelle est l'autoclave. L'opération étant terminée pour

(1) Dans la séance de l'Académie de Médecine du 24 juillet 1894, MM. Laveran et Vaillard ont rendu compte des expériences qu'ils avaient faites sur la désinfection ; lorsqu'on opère cette désinfection, disent-ils, à l'aide du pulvérisateur, il faut pulvériser le liquide désinfectant jusqu'à ce qu'il ruisselle le long des murs ; même dans ces conditions, la désinfection faite par ce procédé est souvent incomplète. La solution d'acide phénique à 5 % leur paraît préférable pour la désinfection des murs par lavage ou par pulvérisation aux solutions de sublimé à 1 ou 2 %. D'après le Dr Miquel, les vaporisations sulfureuses, à 100 grammes par mètre cube, ne touchent pas aux spores charbonneuses, tandis que l'aldéhyde formique les tue à dose 300 fois moindre.

(1) V. cependant *Tribune médicale*, Dr Paul Chéron, 8 avril 1896.

ce local, on ferme le robinet, on retire le tube, on bouche le trou par lequel il a passé et l'on procède aussitôt à la désinfection d'une autre pièce.

Quand on juge préférable d'abandonner l'appareil dans le local à désinfecter, on règle le fourneau à pétrole, on ouvre le robinet et l'on ferme les issues. Vingt-cinq minutes suffisent pour une pièce de 40 à 60 mètres cubes. Cet abandon n'a pas les inconvénients que l'on rencontrait dans la lampe primitive.

On peut combattre l'odeur des vapeurs d'aldéhyde formique en plaçant de l'ammoniaque dans des assiettes.

Quelle confiance peut-on avoir dans ce mode de désinfection ? La réponse nous est donnée par les expériences de Trillat, les expériences du Val-de-Grâce, enfin les expériences de Montpellier ; toutes sont très probantes ; je me bornerai à relater les deux dernières.

Une commission, présidée par Mr le Dr Vaillard, professeur au Val-de-Grâce, fut nommée en juillet 1895, par M. le Ministre de la guerre. Les expériences avec l'autoclave formogène furent faites dans une salle de 650 mètres cubes et donnèrent lieu aux conclusions suivantes (1) : Le maximun des effets désinfectants est déjà obtenu après 6 heures d'action, mais ces effets se limitent aux bactéries dépourvues de spores. C'est un désinfectant dont les effets paraissent incomparablement supérieurs à ceux du sublimé employé en pulvérisations. Pour être sûrement actives, les vapeurs de formol devront être dégagées rapidement et en grande quantité.

Désinfectant gazeux, le formol présente par cela même, de grands avantages au point de vue de la purification des locaux.

Ce serait une erreur de croire que l'emploi des vapeurs de formol est destiné à remplacer l'étuvage pour la purification des linges, effets et literies contaminés ; accepter cette opinion exposerait à des mécomptes dangereux. Réduite à ces proportions, l'action de cet antiseptique n'en reste pas moins d'une incontestable utilité pour la désinfection des locaux, et son emploi paraît devoir être avantageusement substitué à celui des pulvérisations de sublimé, dont l'efficacité est plus que douteuse.

D'après la Commission, l'effet se limite aux bactéries dépourvues de spores ; examinons le tableau annexé au rapport. Les cultures ont donné des résultats négatifs pour tous les microbes qui nous intéressent tout particulièrement : staphylocoque pyogénique, vibrion cholérique, bacille pyocyanique, pneumocoque (sang) bacille de la diphtéric, streptocoque, bacille typhique, crachats, crachats tuberculeux, matières fécales ; l'effet n'a pas été complet pour le charbon, le vibrion septique, le bacille tétanique et le bacille subtilis.

L'autoclave formogène a été présenté à la Commission des hospices de Montpellier ; une commission a été nommée et le Dr Bosc, agrégé à la faculté de Montpellier, a été chargé de faire le rapport (2). Les essais ont été effectués à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi suburbain, dans l'un des pavillons des contagieux. Le milieu à désinfecter comprenait une grande salle en ogive sur laquelle s'ouvrent deux petites salles annexes. La grande salle mesure 7 mètres de haut sur 7 de large et 15 de long. Son cube est de 603 mètres ; sur cette salle s'ouvrent deux annexes de 5m de long sur 3,45 de large et 3,90 de haut, soit un cube de 67m275. Le cube total à désinfecter est donc de 737mc550.

L'autoclave contient 3 litres de solution normale de formol à 40 % (1). Il est chauffé à 9 heures du matin, porté rapidement à une pression de 4 atmosphères ; à 10 heures la saturation des salles est obtenue et l'appareil continue à fonctionner jusqu'à midi. Remarquons que les ouvertures extérieures des salles avaient été simplement fermées comme d'ordinaire, sauf dans les points où il existait des jours trop considérables.

On dispose des carrés de toile stérilisée, puis ensemencée de cultures jeunes et virulentes de divers microbes ; on en met aussi à différentes hauteurs, dans les tiroirs des meubles, sous des draps amoncelés, dans la poche d'un habit avec la patte baissée, dans l'intérieur d'un matelas non défait, dans un matelas replié sur lui-même, dans des flacons débouchés ; enfin des poussières infectées et des crachats tuberculeux sont répartis de différents côtés. Ces échantillons sont les uns secs, les autres à peu près secs ou humides. (J'insiste sur ces détails des opérations, parce que ces expériences me paraissent faites avec le plus grand soin et que les résultats doivent être par conséquent d'un grand poids sur le choix que nous aurons à faire d'un procédé de désinfection.)

A 5 heures du soir, c'est-à-dire après 6 heures de saturation, on a fait une première prise d'objets, en entrant avec précaution pour ne pas faire pénétrer de l'air du dehors. Une deuxième prise est faite le lendemain à 9 heures du matin, c'est-à-dire après 24 heures d'action.

Je crois devoir donner complètement les conclusions du Dr Bosc qui me paraissent avoir une grande importance pratique :

« Les résultats qui se dégagent de ces expériences sont les suivants :

« I. Les vapeurs sèches de formol, au bout de cinq heures d'action, détruisent les germes pathogènes, lorsque ces germes sont disposés sur des carrés de toile secs ou humides, bien exposés à ces vapeurs.

« II. Les échantillons à peu près secs sont également tués dans les mêmes conditions.

« III. Ces germes sont détruits dans tous les points de la salle dans laquelle les vapeurs sont projetées et dans les salles qui communiquent avec elle, malgré leur cubage considérable (737 mètres cubes).

« IV. Les spores de champignons pathogènes sont détruites au même titre que les microbes, lorsqu'elles sont riches et sous une certaine épaisseur.

« Les poussières des salles et les murs sont désinfectés et dans les poussières du dehors, provenant du laboratoire ou du sol, nous n'avons vu persister que des spores de Bacillus subtilis et Bacillus mesentericus v, ce qui est de nulle importance au point de vue de la désinfection pratique.

(1) *Annales de l'Institut Pasteur*, 25 septembre 1896.
(2) *Annales de l'Institut Pasteur*, mai 1896.

(1) On fait maintenant la solution à 80 0/0.

« V. Les points nettement en contact avec les vapeurs de formol sont bien désinfectés ; lorsque le contact est difficile, le résultat est plus précaire. Ainsi, sur les deux échantillons placés dans la poche d'un habit dont la patte avait été rabattue, l'un a été tué (staphylocoque), mais l'autre (bacille coli) a résisté et a donné lieu à une culture maigre au cinquième jour. Le staphylocoque placé sous l'amoncellement des draps a résisté de même que le charbon placé au centre d'un matelas non défait ; la laine de ce dernier prise au centre, a donné des cultures de streptocoques. Au contraire, l'échantillon placé dans un matelas simplement replié sur lui-même a été tué.

(*A suivre.*) Dr Lemaire (du Tréport).

REPORTAGE MÉDICAL

— *L'Assistance médicale gratuite dans l'Oise.* — Un conflit, au sujet de cette organisation, vient de s'élever dans ce département. Elle s'était établie, avec le consentement à peu près unanime des médecins, sur la base du tarif à la visite. Le Conseil général n'a pas voulu continuer la pratique de ce système, à cause des dépenses qu'il occasionnait et il a voulu imposer celui de l'abonnement. Les délégués des médecins, membres du service d'assistance, ont envoyé leur démission à l'administration, à la suite d'une séance à laquelle ils avaient été convoqués, par l'un d'eux, notre confrère le Dr Maurat. L'assemblée du 27, à Creil, fort nombreuse, a décidé qu'elle inviterait les intéressés à réclamer la conservation du système de la visite et du libre choix du médecin par l'assisté.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de la situation.

— Parmi les *récompenses* décernées par l'Académie de médecine nous relevons les noms des membres du Concours, suivants ;

Prix Henri Buignet. M. le docteur *Bertrand*, de Paris.

Prix Saintour (4.400 *fr.*). 400 fr. à M. le docteur *Lecerf*, de Saint-Julien de Concelles.

Prix Vernois (700 *fr.*). 100 fr. à M. le docteur *Mangenot* (de Paris).

Service des eaux minérales. — **Médaille de bronze** à M. le docteur *Barrabé* (de Domfront).

Service des épidémies. — **Rappels de médailles d'argent** à MM. les docteurs *André* (de Toulouse), *Bard* (de Lyon), *Lesueur* (de Bernay, *Mathieu* (de Wassy) et *Pautier* (de Senlis).

Médaille de bronze à M. le Docteur *Sypiorski* (de Mont-Saint-Martin).

Rappel de médaille de bronze à M. le docteur *Boyer* (de Commercy).

Service de l'hygiène de l'enfance. — **Médailles de vermeil** à MM. les docteurs *Delobel* (de Noyon), *Durand* (de Saint-Martin-d'Auxigny) et *Gierginski* (d'Ouarville). Rappels de médailles de vermeil à MM. les docteurs *Capelle* (de Hermies), *Picard* (de Selles-sur-Cher), *Sutils* (de Chapelle-la-Reine), *Barthès* (de Chartres) et *Mazade* (de Marseille).

Médailles d'argent à MM. les docteurs *Bauzon* (de Chalon-sur-Saône), *Joly* (de Fauquembergues) et *Veillard* (de Lorris).

Rappels de médaille d'argent à MM. les docteurs *Augé* (de Reuilly) et *Surbled* (de Corbeil).

Médailles de bronze à MM. les docteurs *Desplantes* (de Nogent-le-Rotrou), *Dupont* (de Nogent-sur-Vernisson), *Eltchaninoff* (de Saint-Calais), *Ladevèze* (de Saint-Florent), *Lesueur* (de Bernay), *Painetvin* (de Fresnoy-le-Grand), *Villard* (de Verdun), *Bec* (d'Avignon).

Service de la vaccine. — **Médailles d'argent** à MM. les docteurs *Boureau* et *Chaumier* (de Tours), *Bourgain* (de Boulogne-sur-Mer), *Colin* (de Quimper), *Convers* (de Saint-Etienne), *Durand* (de Marseillan), *Gérard-Laurent* (de Sanvic), *Getten* (de Pouillon), *Grias* (de Pontaven), *Sutils* (de Chapelle-la-Reine), *Tanguy* (de Plouescat) et *de Welling* (de Rouen).

— *Projet d'économie.... aux frais des médecins.* — Le service médical de nuit, tel qu'il est organisé actuellement à Paris, coûte à la Ville de 140 à 145.000 francs par an.

En 1895, il y a eu 12.410 visites à 10 francs, 800 opérations pour accouchements à 20 francs et 10.900 bons de pharmacie à 3 fr. 20 en moyenne.

Sur les 124.100 francs de visites payés par la Ville, les malades n'ont remboursé que 3.217 francs.

M. Gibert, conseiller municipal, a proposé de modifier le système actuel en supprimant le prix de la visite de nuit de 10 francs et en chargeant les médecins des bureaux de bienfaisance du service de nuit moyennant une indemnité annuelle fixe de 600 francs.

Cette proposition a déjà d'ailleurs été acceptée et votée par le Conseil, mais n'a pas encore été appliquée.

D'après M. Gibert, 135 médecins sont nécessaires pour assurer le service ; à raison de 600 francs par an, cela représente une dépense de 81 000 francs ; en ajoutant 17.000 francs pour les accouchements, l'économie réalisée par la Ville serait de 45.000 francs.

Plus cela change et plus c'est la même chose. Chacun des 135 médecins selon le cœur de M. Gibert, sera donc exposé à faire pour 600 francs par an, 92 visites de nuit (12410/135 = 92) ! et pour 120 francs six opérations d'obstétrique pendant la nuit !

Ils ont parfois la plaisanterie féroce les édiles parisiens.

Nous proposons donc à nos confrères d'accepter quand même, pour les quartiers où les conseillers municipaux consentiront à les accompagner : condition *sine quâ non.*

Nous recevons, à ce sujet, la note suivante :

*Les médecins du XX*e *arrondissement* réunis pour écouter les propositions de l'administration, le 26 décembre, ont reçu la nouvelle que, pour eux, l'allocation annuelle serait portée de 600 fr. à 800. Après délibération ils ont remis la note suivante votée à l'unanimité.

Les médecins soussignés :

Considérant que le chiffre total des frais nécessités par le service de nuit 145.000 fr. afférent à une population de 2.650.000 h. soit 5 centimes par personne et par an n'offre rien d'exagéré.

Considérant que la somme de 10 fr. allouée par déplacement de nuit, ne représente que justement la capacité professionnelle, le dérangement et les risques de santé courus.

Considérant que d'autre part toute combinaison autre que le paiement au ticket n'offre aucune garantie de justice rétributive.

Emettant le vœu que le déficit, ou les moyens de subvenir aux besoins de la population parisienne malade la nuit, ne soient pas obtenus par l'exploitation de leur dévouement professionnel.

Et résolus à s'en tenir aux conditions existantes, en témoignent par cette déclaration. »

En date du 29, une lettre les informant que l'allocation serait portée à 1000 fr. les médecins du XXe se sont réunis sous la présidence du Dr *Daumas* et ont résolu de s'en tenir à leur déclaration.

La constitution d'une société a été en outre projetée et fera l'objet d'une prochaine réunion.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.139. — M. le docteur Oger, à Nanterre (Seine), membre du Syndicat des médecins de la Seine.

N° 4.140. — M. le docteur de Villepoix, à Vauchelle-les-Domart (Somme), présenté par M. le Directeur.

Le Gérant : A. Cézilly.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année — N° 2 — 9 Janvier 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA LOI SUR LA PHARMACIE

à la Chambre des députés.

Nous avons sous les yeux et nous reproduisons les articles de ce projet de loi, modifiant celui du Sénat, qui intéressent plus spécialement les médecins, dans leurs rapports avec les pharmaciens. Nous reproduisons aussi les considérations dont le rapporteur, organe de la majorité de la commission, a fait suivre ces articles.

Ces considérations ne nous ont pas convaincus ; l'article 12, pas plus que l'article 13, ne nous paraissent conformes aux principes qui nous ont toujours guidés. « L'intérêt des malades doit prévaloir sur celui de chacune des deux professions ; le médecin doit faire toute la médecine ; les pharmaciens, toute la pharmacie, excepté dans les cas ou l'intérêt du malade exige l'atténuation de ce principe, en faveur, soit du médecin, soit du pharmacien, comme le voulait la loi de germinal, an XI. Nous continuons donc à réclamer, avec l'Assemblée générale du Concours médical de 1895, l'inscription dans la loi des 3 articles suivants, proposés par M. le Dr *Gassot, de Chevilly.* »

I

Sous la condition de se soumettre aux lois et règlements qui régissent l'exercice de la Pharmacie, à l'exception de la patente, tous les médecins peuvent porter les médicaments à leurs malades, si ces malades habitent à *4 kilomètres,* au moins, d'une officine de pharmacien.

Sous les mêmes conditions et sans avoir le droit de tenir officine ouverte, les médecins qui habitent à 4 kilomètres au moins d'une officine, peuvent aussi fournir, chez eux, des médicaments à leurs clients.

II

Cette distance légale de 4 kilomètres d'une officine n'est pas applicable aux médecins qui, au moment de la promulgation de la présente loi, seraient, en vertu de la loi du 21 Germinal an IX, autorisés à délivrer des médicaments à leurs malades : ces médecins continueront à délivrer les médicaments dans les mêmes conditions que par le passé.

III

Les pharmaciens peuvent, sans déroger aux lois sur l'exercice illégal de la médecine, librement délivrer, sur la demande de l'acheteur, les substances constituant les médicaments simples ou composés *dont la liste aura été adoptée* par le règlement d'administration publique prévu par la future loi.

Nous reconnaissons que l'article 13, modifié par la Commission, nous donne à peu près raison *dans ses considérations,* mais ne vaut pas la formule impérieuse, nécessaire « *les pharmaciens ne peuvent délivrer, sans ordonnanee, que les médicaments portés sur une liste,* etc... »

Nous acceptons les autres articles du projet de loi spécialement destinés à sauvegarder les intérêts des pharmaciens ; nous leur avons crié *prenez garde* à propos des herboristes ; ils les suppriment ; ils suppriment, comme nous, le second ordre de leur profession ; c'est bien pour eux, comme pour nous. Mais ils ont grandement tort de ne point faire la concession des 4 kilomètres et celle de la liste limitative, qui ne profiterait qu'à ceux qui fondent leurs bénéfices sur l'exercice funeste, à tous égards, de la médecine dans leurs officines. Alors, leur loi se voterait sans encombre et leurs intérêts légitimes seraient saufs et les nôtres par surcroît.

Voici les deux articles et les considérations.

Texte voté par le Sénat	Texte proposé par la Commission de la Chambre.
Art. 12.	
L'exercice simultané de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, avec celle de pharmacien ou d'herboriste, est interdit, même en cas de possession, par le même titulaire, des diplômes conférant le droit d'exercer ces professions. Cette dispo-	Conforme.

Texte voté par le Sénat. —	Texte proposé par la Commission de la Chambre. —
sition n'est pas applicable aux porteurs actuels de ces deux diplômes.	
Les médecins exerçant dans une commune où il n'y a pas d'officine de pharmacie, pourront porter des médicaments simples et composés aux personnes près desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit de tenir officine ouverte.	Toutefois le médecin établi dans une commune où il n'y a pas de pharmacien, peut fournir des médicaments aux malades auprès desquels il est appelé et qui résident dans des communes distantes de 6 kilomètres au moins de toute pharmacie. Il ne peut délivrer de médicaments aux malades qui viennent le consulter dans son cabinet, que s'il réside, lui même dans une commune éloignée de 6 kilomètres au moins d'une pharmacie.
Il seront soumis à toutes les obligations résultant, pour le pharmacien, des lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente.	Les médecins bénéficiant de cette exception ne peuvent avoir officine ouverte, ils sont soumis à toutes les obligations résultant pour les pharmaciens des lois et des règlements en vigueur à l'exception de la patente.
Pour satisfaire aux cas d'urgence, les médecins, même alors qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la commune qu'ils habitent, sont autorisés à administrer, soit chez eux, soit chez leurs malades, certains remèdes dont la liste sera dressée par un règlement d'administration publique.	Conforme.
Les vétérinaires diplômés ne peuvent tenir officine ouverte ; ils sont autorisés seulement à préparer et délivrer les médicaments destinés aux animaux confiés à leurs soins, tout en étant soumis aux mêmes obligations que les médecins visés au paragraphe 2 ci-dessus.	Les vétérinaires diplômés ne peuvent tenir officine ouverte ; ils sont autorisés seulement à préparer et à délivrer les médicaments destinés aux animaux confiés à leurs soins, tout en étant soumis *aux lois et règlements en vigueur sur l'exercice de la pharmacie à l'exception de la patente.*

L'article 12 a été un de ceux qui ont été le plus souvent modifiés, au cours de diverses discussions à la Chambre et au Sénat. Il a pour but de régler les conditions dans lesquelles les médecins sont autorisés à fournir des médicaments aux malades, et touche, par conséquent, à la délicate limite qui sépare les deux professions sœurs, bien que souvent rivales, de médecin et de pharmacien.

Les médecins étant plus nombreux que les pharmaciens, et aussi plus disséminés dans les campagnes, loin de toute officine bien souvent, tout le monde est d'accord pour leur reconnaître le droit de délivrer des remèdes, sous certaines conditions. Mais, c'est quand il est question d'établir ces conditions, que le différend commence et prend facilement le caractère d'une querelle professionnelle. On conçoit aisément la difficulté : par trop de tolérance et en restreignant le cercle de leur clientèle, on éloignera des petits centres les pharmaciens qui voudraient s'y établir ; d'autre part, en ne donnant pas au médecin le droit de fournir des médicaments, on chassera des villages et hameaux des praticiens

FEUILLETON

L'alcoolisme en Normandie (1)

Par M. Brunon, de Rouen.

(*Suite et fin*).

Dans le monde du haut commerce, on faisait encore, il y a trente ans, le « trou normand » avec un bon verre de cognac. Aujourd'hui, ce serait un scandale. Les dîners de prêtres et les repas de chasseurs ont seuls conservé cette coutume.

On sait qu'elle consistait à prendre au milieu du repas, avant le rôti de canard, un verre d'eau-de-vie « pour faire couler », pour faire un trou, dans lequel de nouvelles victuailles trouveront place.

Donc, on boit moins que jadis, mais je prétends qu'on abuse encore. Trop de confortable, trop de dîners. On reçoit aujourd'hui beaucoup plus souvent qu'autrefois. Jadis on dînait *plus*, mais moins souvent. On mangeait autrement : actuellement, on ne sert plus de légumes, ils sont remplacés par le foie gras ou le homard.

Aujourd'hui encore, beaucoup d'enfants sont gorgés de viandes, de jus de viande, de kola, de coca (auxquels est venu s'adjoindre, comme correctif, dans ces derniers temps, le benzonaphtol). Vin pur après le potage, vin pur après la salade, vin pur après le fromage. La dyspepsie survenant, l'enfant pâlit. On le croit anémique : on ajoute alors l'huile de foie de morue, le sirop d'iodure de fer et le vin de quinquina au malaga.

Dans la classe riche, on ne donne pas de café aux enfants, généralement, mais, il y a quelques années, on leur donnait en famille, un « canard », morceau de sucre trempé dans le verre de cognac du père.

Chez ces enfants, il y a des bronchites à répétition, « les rhumes n'en finissent pas ». Ils ont déjà de l'insuffisance hépatique et rénale. Céphalées, pâleur du tégument, gracilité des membres, constipation, agitation, rêves, terreurs et cris nocturnes.

Il faut dire que depuis quelques années, une réaction tend à se faire contre cette hygiène alimentaire. La mode anglaise s'infiltre peu à peu.

On a beaucoup parlé de l'alcoolisme de la Parisienne élégante, qui prend du vin d'Espagne chez le pâtissier. Ce genre-là n'existe pas en Normandie. La femme des classes riches est très réservée, en général, sur les alcools. Son système nerveux ne lui en permettrait pas l'abus. Souvent, il lui en défend même l'usage.

Ce que l'on peut dire des Normands et des Normandes de forte race, c'est que chez eux le bien-être est excessif.

Parmi les hommes, il y a encore beaucoup de gros mangeurs comme parmi les Anglais, et, partant, de grands buveurs, car l'un ne va pas sans l'autre. Les affections hépatiques et rénales sont extrêmement fréquentes chez eux.

L'albuminurie emporte beaucoup d'hommes de quarante à cinquante ans. Ce sont, le plus souvent, des hommes d'une grande activité, menant de front les affaires, les parties de campagne, les chasses

(1) Voir notre numéro 51, 1896.

à qui le produit seul de la clientèle médicale ne permet pas de vivre. Dans l'un et l'autre cas, le malade est sacrifié.

Comment tenir la balance égale et ne favoriser ni les uns, ni les autres? Les diverses rédactions successivement proposées ont été tour à tour vivement attaquées, et le texte, que nous a renvoyé le Sénat, ne paraît pas davantage devoir contenter tout le monde.

Votre Commission vous demande d'adopter le paragraphe 1er, mais de modifier ainsi qu'il suit le paragraphe 2 :

« Toutefois le médecin établi dans une commune où il n'y a pas de pharmacien, peut fournir des médicaments aux malades auprès desquels il est appelé et qui résident dans des communes distantes de 6 kilomètres au moins de toute pharmacie. Il ne peut délivrer des médicaments aux malades qui viennent le consulter dans son cabinet, que s'il réside, lui-même, dans une commune éloignée de 6 kilomètres au moins d'une pharmacie. Les médecins bénéficiant de cette exception, ne peuvent avoir officine ouverte ; ils sont soumis à toutes les obligations résultant pour les pharmaciens des lois et des règlements en vigueur, à l'exception de la patente. »

Ce texte est celui qui avait été, à peu de chose près, adopté à la Commission du Sénat et que M. le professeur Cornil, rapporteur, appuyait en ces termes :

« Dans cet article, de même que dans le suivant, nous nous sommes efforcés de respecter les droits acquis par les deux professions médicales et pharmaceutiques qui sont là en opposition, et de faire une part équitable entre elles, sans oublier les intérêts et même les habitudes de leur clientèle.

« Nous avons ajouté d'abord à l'article 11, le premier alinéa qui avait figuré dans les divers projets sur l'exercice de la médecine et sur celui de la pharmacie et qui, ballotté de l'un à l'autre, ne se trouvait finalement dans aucun d'eux.

« La médecine doit être exercée par les médecins, la pharmacie par les pharmaciens. A chacun sa tâche pour que leurs fonctions soient remplies avec toutes les garanties de science, d'honnêteté, de délicatesse désirables. Que le pharmacien n'érige pas son officine ou son arrière-boutique en cabinet de consultations médicales, et que le médecin, de son côté, ne cherche pas à vendre des remèdes au préjudice des pharmaciens.

« Cependant, s'il n'y a pas de pharmacien dans la commune où le médecin pratique, on ne peut imposer aux malades, ou à ceux qui les soignent, un véritable voyage pour aller chercher des médicaments. Il y a des cas d'urgence où le médecin doit administrer le plus rapidement possible la médication.

« La Chambre avait adopté 4 kilomètres comme représentant la distance suffisante entre l'officine et l'habitation du médecin, pour que celui-ci soit autorisé à faire de la pharmacie. Nous avons pensé que cette distance pouvait être portée à 6 kilomètres. »

Votre Commission ne peut qu'approuver le langage de l'éminent rapporteur ; il importe, en effet, de séparer, le plus nettement possible, les deux professions de médecin et de pharmacien, et c'est précisément parce que le texte adopté définitivement par le Sénat, n'est que la reproduction de la loi de germinal an XI, qui a donné lieu à tant de différends et de procès, qu'il a paru plus utile de fixer kilométriquement la distance à laquelle le médecin doit se trouver de toute officine, pour avoir le droit d'exercer la pharmacie.

Le troisième paragraphe, relatif aux cas d'ur-

à courre et les grands dîners, qui sont subintrants pendant tout l'hiver, dans les villes de Normandie.

On boit en se disant que les bons vins n'ont jamais fait de mal à personne. Que l'alcool est tonique et prescrit par les médecins eux-mêmes, dans les maladies ; qu'il est bon aussi en bonne santé. On est d'un bon tempérament, et on veut le conserver.

D'ailleurs le normand de forte race, dont je parle ici, résiste assez longtemps à ce régime.

Mais en Normandie, comme ailleurs et peut-être plus qu'ailleurs, par hérédité, il y a l'arthritique. Les arthritiques forment une caste à part, pour laquelle tous les excitants sont particulièrement nuisibles. C'est parmi eux qu'on voit de véritables alcooliques inconscients et non coupables. Vivant dans un milieu où l'on vit bien et où les préjugés poussent vers les excès de nourriture, ils ne peuvent pas admettre que, pour eux, prendre un seul verre de vin, aux repas, un seul verre de cognac au dîner, c'est commettre un excès !

Et plus leur système nerveux est imbibé, plus ils cherchent à l'exciter par des boissons alcooliques. Cette classe de malades est très nombreuse et très réfractaire à l'intervention « du médecin à l'eau ».

Dans le corps médical, même, il est des personnes qui ne veulent pas voir que le mot excès n'a qu'une valeur très relative. Il y a des gens qui fument tout le jour sans inconvénient apparent et d'autres à qui deux cigarettes donnent des vertiges. Il est des individus qui sont intoxiqués avec un demi-centigramme de morphine en injection. Ce qui est vrai pour les alcaloïdes est vrai pour l'alcool. Il y a des arthritiques qui ne boivent pas impunément un verre de vin.

Un dernier type de malade rencontre, dans les habitudes locales, des causes d'aggravation à sa maladie : ce sont les artério-scléreux. Ils pullulent dans la classe riche et leur histoire est toujours la même : c'est un homme d'une cinquantaine d'années qui tout à coup a vieilli. Tous ses amis s'en aperçoivent et se le disent entre eux. Les cheveux et la barbe ont blanchi, la face est pâle, le tronc se fléchit, la démarche est un peu hésitante. La moindre montée donne de l'oppression. Il a des vertiges, quelquefois même des syncopes. La mémoire a diminué, celle des noms propres est d'une faiblesse inquiétante. Bref, c'est un affaiblissement général.

Contre l'affaiblissement, il n'y a qu'un traitement à appliquer, celui des toniques ! Les vieux médecins ont eu le malheur de dire qu'il y avait, comme substratum à ces accidents, de l'anémie cérébrale. Du moment qu'il y a anémie, il faut corser les toniques et le malade se remonte avec les vins généreux, les liqueurs et l'alcool en général, jusqu'à ce que l'insuffisance rénale et l'albuminurie surviennent ; et, alors, on se met au régime, mais il est trop tard.

Le prof. Bouchard a dit qu'il faisait bon vivre pour un médecin dans le temps présent. Ceci n'est pas vrai pour le médecin exerçant en Normandie et qui est persuadé que le grand poison de tous, riches et pauvres, c'est l'alcool, même quand il se masque derrière le nom d'un vin célèbre ou d'une vraie chartreuse.

A un autre point de vue... le mot de M. Bouchard est juste.

---

gence dans lesquels le médecin pourrait fournir des médicaments à ses malades, a été très vivement attaqué par le corps pharmaceutique, qui a vu dans cette disposition la porte ouverte à l'exercice de pharmacie par les médecins. Votre Commission a pensé qu'il y avait lieu néanmoins de maintenir ce paragraphe dans la loi, car il n'est pas admissible qu'un médecin soit exposé à des poursuites, pour avoir fourni à un malade en danger ou souffrant cruellement, le remède qui pouvait le sauver ou le soulager immédiatement.

Pour éviter l'abus qui pourrait être fait de cette tolérance, il est d'ailleurs spécifié, dans la loi, qu'un règlement d'administration publique, limitera le nombre des remèdes qui pourront être administrés en pareil cas.

La fin du quatrième paragraphe pouvait donner lieu à des interprétations erronées. Nous avons aussi légèrement modifié la rédaction, sans rien changer au fond de l'article même.

Texte voté par le Sénat. —	Texte proposé par la Commission de la Chambre. —
Art. 13. Les pharmaciens ne peuvent délivrer au public, sans l'ordonnance d'un médecin ou d'une personne ayant le droit de signer une ordonnance : 1° les substances simples toxiques ; 2° les médicaments composés, doués de propriétés vénéneuses, qui sont nominalement désignés dans le décret du 8 juillet 1850, ou qui le seront dans le règlement d'administration publique prévu à l'article 29 de la présente loi ou dans des décrets ultérieurs ; 3° les médicaments simples et composés dont une liste spéciale sera dressée par la Commission du Codex.	Les pharmaciens ne peuvent délivrer au public sans l'ordonnance d'un médecin, d'une sage-femme ou d'un vétérinaire diplômés et dans les conditions fixées par la loi. Conforme.
Toutefois, les pharmaciens peuvent, sans déroger aux droits sur l'exercice de la médecine, librement délivrer, sur la demande de l'acheteur, les autres substances constituant des médicaments simples ou composés.	Supprimé.
Si le médicament composé, ainsi livré, est inscrit dans le Codex, le pharmacien devra porter sur l'étiquette l'une des désignations qui y sont mentionnées.	Supprimé.
S'il n'y est pas inscrit, il devra porter sur l'étiquette, indépendamment de toute dénomination commerciale, s'il en existe, le nom et la dose de la ou des substances actives qui en forment la base.	Supprimé.
Les substances simples devront porter sur l'étiquette, en outre du nom scientifique et de l'une des dénominations mentionnées au Codex, la désignation nécessaire arrêtée par l'Académie de médecine, en vertu du quatrième paragraphe de l'article 18, s'il en existe une.	Les médicaments devront porter sur l'étiquette, en outre du nom scientifique et de l'une des dénominations mentionnées au Codex, la dose de la ou des substances actives qui en forment la base, et la désignation nécessaire arrêtée par l'Académie de médecine en vertu du quatrième paragraphe de l'article 18, s'il en existe une.
Sont interdites la vente, la livraison et l'annonce, soit des médicaments composés, soit des substances simples qui ne porteraient pas sur l'étiquette les indications ci-dessus.	Conforme.
	Le pharmacien doit indiquer par une étiquette spéciale les médicaments destinés à l'usage externe.

A l'article 13, votre Commission vous propose de modifier légèrement le paragraphe premier, et au lieu de :

« Ou d'une personne ayant le droit de signer une ordonnance », de mettre « ou d'une sage-femme ou d'un vétérinaire diplomés », afin de bien spécifier quelles sont les personnes ayant le droit de signer une ordonnance.

Nous vous demandons aussi de supprimer les paragraphes 2 et 3, qui permettaient aux pharmaciens de délivrer, sans ordonnance, des substances simples ou composées ; nous avons estimé qu'il n'y avait pas lieu d'insérer dans la loi une telle mesure, qui n'est que la conséquence du paragraphe premier. Il est en effet bien évident, que les pharmaciens ne seront tenus d'exiger une ordonnance médicale que pour les trois catégories de remèdes désignés au paragraphe premier, et qu'ils pourront délivrer librement toutes les autres substances ; mais il serait inutile et même dangereux d'adopter ces deux paragraphes, qui pourraient être interprétés faussement par certains praticiens, et sembleraient être un encouragement à l'exercice illégal de la médecine par le pharmacien.

Au paragraphe 4, nous avons pensé qu'il y avait lieu d'ajouter aux noms que devra porter l'étiquette, *la dose de la ou des substances actives qui forment la base* d'une préparation. Nous ajoutons aussi à cet article le paragraphe 5 de l'article 6 relatif aux étiquettes à mettre sur les substances pour l'usage externe, dont nous avons parlé plus haut.

LA SEMAINE MÉDICALE

La position genu-pectorale en obstétrique.

On emploie rarement la position genu-pectorale en obstétrique ; cependant, d'après le Dr Victor *Jamin*, de Lyon, il y a, dans certains cas, quelques avantages à en retirer. Le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* a résumé le

travail de M. Jamin et nous en extrayons les points principaux :

Toutes les fois qu'une femme en travail prend une attitude inclinée en avant, accroupie ou à genoux, on peut dire qu'elle est en attitude genu-pectorale. Le thorax sert en effet de point d'appui directement ou par l'intermédiaire des membres supérieurs. Le même terme comprendra donc les positions genu-cubitale, genu-palmaire, genu-pectorale et accroupie.

Le but de cette position consiste pour ainsi dire à mettre l'utérus en antéversion de façon à changer la direction de la poussée utérine ; qu'importe la position exacte, pourvu que le résultat cherché soit obtenu.

Il est bon souvent de laisser aux malades, meilleurs juges en pareille occurrence, le soin de choisir la position qui leur paraît la plus commode. Les unes se mettent sur les genoux et les coudes, d'autres sur les genoux et les mains, mais le plus grand nombre se place sur les genoux et les bras en flexion ramenés devant la face comme quelqu'un qui s'endort sur une table, la tête appuyée sur les bras croisés ; le deuxième point d'appui se fait donc dans ce cas à la fois sur les bras, la face et la poitrine.

Une fois la malade en position genu-pectorale, il faut savoir attendre et ne pas désespérer trop tôt : en général, quinze minutes suffisent pour donner des résultats ; dans certains cas même, il est utile de faire prendre à plusieurs reprises et alternativement, le décubitus dorsal et la position inclinée en avant.

La position genu-pectorale est employée :

1° Pour lutter contre la procidence du cordon ;

2° Dans certaines versions difficiles ;

3° Enfin, et c'est le point étudié spécialement par M. Jamin, pour décrocher l'occiput et réveiller les douleurs à la fin de la période d'expulsion dans les présentations du sommet. Dans ce dernier cas, dont il publie quatorze observations, voici ce qui a été observé : en général, le travail a marché d'une façon normale, rien de particulier n'a été signalé du côté du bassin, les douleurs sont régulières et efficaces, la descente se fait progressivement, lorsque, à un moment donné, l'on s'aperçoit que la tête cesse d'avancer ; les douleurs vont alors en s'exaspérant sans donner de meilleurs résultats ; puis l'utérus s'épuise, les douleurs se ralentissent, la femme perd courage et ne fait plus aucun effort, bref on arrive rapidement à une période d'inertie.

Trente minutes, quelquefois une heure d'attente, ne modifient nullement la situation. Si l'on pratique à ce moment le toucher, on constate que l'occiput bute contre la symphyse et qu'il s'est produit un contact tellement intime et prolongé, que la partie fœtale s'est engrenée dans la partie maternelle. Il semble que l'occiput va se dégager ; il est, en effet, tout près de l'arcade, et malgré l'intensité et la fréquence des douleurs, la tête reste au même niveau, fixe et immobile, laissant quelquefois apercevoir à travers la vulve entr'ouverte, une surface de plusieurs centimètres carrés.

La position genu-pectorale réveille les douleurs la malade est soulagée et reprend courage pour pousser avec énergie, si bien que l'occiput descend généralement à la suite d'une ou deux douleurs ; le sous-occiput se fixe et le dégagement s'opère.

Parfois, l'action de la position genu-pectorale ne se fait pas sentir immédiatement. Il faut la faire alterner avec le décubitus dorsal, trois ou quatre fois en quelques minutes, de façon à faire accomplir au fœtus une série d'oscillations. La position semble ainsi désengréner l'occiput.

Cette position diminue souvent les douleurs de reins, généralement si pénibles ; enfin le périnée semble moins distendu.

Il faut convenir néanmoins que cette position n'est pas toujours bien supportée par les femmes nerveuses, ou par les femmes qu'ont épuisées de longues et terribles souffrances.

D'où la nécessité de ne pas attendre la période de l'épuisement pour engager les malades à l'essayer.

Le rôle de l'hérédité dans le rétrécissement mitral.

Dans une récente thèse, M. le Dr *Servin*, de Paris, a réuni un assez grand nombre de faits relatifs à l'hérédité du rétrécissement mitral. En effet, le rétrécissement mitral pur représente plutôt une manière d'être de cet organe qu'une maladie ; il paraît être plus souvent en rapport avec un mode évolutif qu'avec un mode morbide ; c'est là un point qui semble bien ressortir des observations.

Les faits permettent d'établir trois points principaux : c'est tout d'abord que le rétrécissement mitral est assez souvent congénital, bien que fort souvent, il ne se manifeste qu'assez tardivement sous une influence variable : effort, surmenage, grossesse, etc... D'autre part, certaines observations, et M. Hirtz en a cité plusieurs, montrent que quelques sujets atteints de rétrécissement mitral ont procréé des enfants atteints de la même affection ; enfin, le rétrécissement mitral peut être familial, c'est-à-dire qu'on peut l'observer chez plusieurs frères ou sœurs. M. Servin conclut donc à la transmission d'une malformation existant déjà chez l'ascendant père ou mère, et cela originellement.

Ce serait là un de ces cas bien connus pour d'autres lésions d'une hérédité homœomorphe. Il y aurait non point hérédité d'une lésion acquise, mais hérédité de ressemblance.

Le cœur de l'enfant pourrait, dans certains cas, ressembler à ce viscère du père ou de la mère au même titre que son visage ou d'autres parties de son individu. Et si la constatation de ce fait ne se présente que rarement, cela tient surtout à ce que le rétrécissement mitral pur originel fait partie d'un ensemble où le balancement s'est établi à mesure que le développement s'est fait et que, si rien ne vient traverser l'ordre régulier de la vie du cœur, on ne peut se douter d'une lésion qui n'a pas de symptômes ; mais que vienne une grande émotion, un surmenage cardiaque inattendu, la puberté, la grossesse, et très vite l'équilibre va se rompre et on assistera au développement de troubles fonctionnels dont la gravité dépendra, d'une part du degré de sténose, et d'autre part de la persistance de la cause perturbatrice et de la valeur biologique propre de la fibre cardiaque.

On voit combien il peut être important de rechercher dans les descendants d'un individu bien portant ou malade, porteur d'un rétrécissement mitral pur, l'existence de cette lésion ; souvent la recherche restera infructueuse, mais parfois aussi, surtout après une fatigue passagère, quelques signes pourront révéler le point faible d'un cœur en apparence normal, et c'est alors qu'on pourra rendre de réels services à ce malade en puissance, en lui ménageant les différences brusques de tension artérielle, en lui facilitant les transitions au cours de son évolution physiologique, afin d'éviter, par exemple, l'aggravation que peut apporter la grossesse à cette affection, comme l'a très nettement observé le professeur Peter.

Il est impossible de guérir le rétréci mitral, du moins jusqu'à présent, mais il faut essayer de l'empêcher de devenir un cardiaque.

Traitement de la blennorrhagie par l'airol.

L'airol est un gallate d'oxyiodure de bismuth, c'est-à-dire un dermatol iodé, ayant tous les avantages de l'iodoforme sans en avoir les inconvénients, car il est peu toxique, non irritant et inodore.

Le Dr *Legueu* le recommande contre la blennorrhagie en injections formulées de la façon suivante :

Airol..................	2 gr.
Glycérine..............	10 gr.
Eau distillée..........	10 gr.

La technique de l'injection est des plus simples : le méat est lavé et désinfecté ; l'urèthre antérieur est lavé à la seringue à l'eau boriquée à 4 pour 100.

Avec une seringue à sérum, on pousse dans l'urèthre environ 6 centimètres cubes de la solution d'airol. On ferme le méat par la pression du doigt pour maintenir pendant quelques minutes le médicament au contact de la muqueuse enflammée. Après quelques minutes, deux ou trois tout au plus, pendant lesquelles le malade ressent une brûlure assez vive, le méat est ouvert, la solution s'échappe ; on recouvre le gland d'un tampon de ouate, dans lequel s'épanchera le reste de la solution qui ne s'est pas échappé sur le moment, et le malade est abandonné à lui-même jusqu'au lendemain. Le lendemain, on recommence la même manœuvre et on la continue les jours suivants, jusqu'à la disparition de toute trace d'écoulement.

Pendant que l'injection séjourne dans le canal, les malades ressentent une sensation de brûlure assez marquée : sous ce rapport, toutefois, les différences individuelles sont très notables. Certains sujets ne ressentent rien ou presque rien, et peuvent garder jusqu'à dix minutes dans le canal la solution sans en éprouver aucune gêne : chez d'autres, au contraire, la même solution détermine, nous ne savons pourquoi, une sensation de brûlure très vive, que quelques malades ont trouvée supérieure à celle provoquée par le permanganate de potasse en solution au 1/2000e. Cette brûlure durait quelque temps, déterminait des épreintes et des envies d'uriner ; chez deux malades, elle ne se calmait qu'au bout de deux heures.

En général, dès le lendemain, surtout dans les formes subaiguës et chroniques, se manifeste une diminution notable de l'écoulement : cette diminution ne fait que s'accroître les jours suivants, et l'écoulement ne tarde pas à disparaître complètement.

L'emploi de l'airol est donc très simple : les malades peuvent eux-mêmes se traiter, ce qui est déjà un grand avantage.

MÉDECINE PRATIQUE

Les cardiopathies latentes.

Depuis que le médecin connaît à fond les mystérieux trésors de la science de Laënnec, depuis qu'il sait écouter les bruits et les sons intérieurs produits par le merveilleux moteur de la circulation, il semble que la pathologie cardiaque ne doive plus avoir de secrets pour l'oreille exercée. Telle n'est cependant pas la réalité : il y a encore des affections graves, profondes du cœur, que l'oreille la plus délicate ne découvre pas du premier coup ; c'est à cette catégorie d'affections difficiles à reconnaître par l'auscultation que nous donnons le nom de cardiopathies latentes et ce sont elles que nous nous proposons de signaler aujourd'hui à l'attention de nos lecteurs.

I

MÉTHODE CLINIQUE POUR DIAGNOSTIQUER LES CARDIOPATHIES LATENTES.

Avant de décrire la méthode de recherche des affections du cœur, dont nous parlons, il faut au moins prouver leur existence. De nombreuses personnes viennent consulter le médecin pour des douleurs précordiales, pour des palpitations, pour des essoufflements, pour des troubles circulatoires plus ou moins intenses et, généralement sous l'empire d'une obsession que leur a causée la mort précipitée d'un parent ou d'un ami que les médecins traitants ont déclaré atteint de maladie de cœur, insistent auprès du praticien pour savoir si elles n'ont pas, elles aussi, une maladie du cœur. Certes, cela est fort possible, surtout si une cardiopathie quelconque a existé dans la famille de la personne qui vient consulter : aussi ne nous hâtons pas de l'en dissuader sur un simple examen de la mine et sur un interrogatoire écourté. La surveillance d'un malade que l'on connaît depuis longtemps ne réclame pas de longs moments pour être véritablement sérieuse et minutieuse ; mais, quand il s'agit d'un malade nouveau ou qui se plaint d'une maladie nouvelle, ne précipitons pas notre réponse.

Or, je suis persuadé que dans nombre de cas, nous allons trop vite et, quand, après une auscultation et une palpation superficielle, qui ne nous ont révélé ni souffle, ni frémissement, nous répondons au malade qu'il est affligé simplement de palpitations nerveuses, nous pouvons fort bien nous tromper et méconnaître une véritable affection du cœur. Toutes les cardiopathies ne se révèlent pas par un ou par plusieurs souffles, et à côté de la classique insuffisance mitrale, de la non moins classique insuffisance aortique, des rétrécissements mitral et aortique, de l'insuffisance tricuspidienne, de la non occlusion du trou de Botal, et de la péricardite avec symphyse, il y a toute la série des myo-

cardites graisseuses, scléreuses, atrophiques, hypertrophiques, des coronarites athéromateuses et des névrites du plexus cardiaque qu'on ne saurait oublier dans la question si importante du pronostic éloigné.

Plusieurs fois, nous avons eu l'occasion de voir se dérouler sous nos yeux tout le cortège des complications de l'asystolie chez des malades qui, quelques mois auparavant, avaient été déclarées indemnes de toute affection du cœur. Il existe, nous ne l'ignorons pas, une asystolie pulmonaire ou plutôt une sorte de dyspnée toxémique, avec toutes les apparences de l'asystolie vraie cardiaque ; mais la confusion n'est guère possible, quand par l'auscultation, on découvre une arythmie, un affolement extraordinaire du cœur, et même un souffle plus ou moins net à la partie moyenne de cet organe, au niveau du 3e espace intercostal gauche ou de la 4e articulation chondro-costale gauche par exemple. D'ailleurs, la confirmation de l'existence d'une lésion cardiaque ancienne est fournie par la nécropsie, qui clôture généralement les accidents asystoliques répétés. Maintes fois, aussi, sans aller aussi loin, quelques troubles passagers, des lipothymies, des syncopes peuvent survenir brusquement chez des personnes que l'auscultation la plus attentive avait déclarées même absolument saines du côté du cœur.

Il nous revient à ce propos à l'esprit le fait suivant :

Un monsieur, fort bon observateur de sa santé, venait un jour nous consulter pour de rares syncopes qu'il éprouvait à des intervalles très éloignés, mais qui l'inquiétaient fort parce qu'elles étaient parfois accompagnées de douleurs angoissantes précordiales terribles. Ce Monsieur était d'ailleurs fort sobre en alcool, vin et tabac.; il était très rarement malade et ne se souvenait que d'une maladie grave ancienne, une fièvre typhoïde. L'auscultation, la percussion, la palpation ne nous firent absolument rien découvrir d'anormal, et nous le déclarâmes au malade. Celui-ci nous fit alors remarquer qu'il lui était facile de nous faire entendre quelque chose d'anormal.

Il se leva brusquement de son fauteuil, fit une dizaine de pas rapides dans la chambre, et nous dit : « Docteur, écoutez maintenant. »

En effet, la menace d'une syncope et la douleur précordiale apparurent instantanément et l'oreille la moins exercée eût pu percevoir un affolement extraordinaire, une arythmie complète du cœur. Cet état dura environ une quinzaine de minutes, ce qui est un temps relativement fort long pour une déséquilibration aussi complète du cœur. Puis tout rentra dans le calme. Or, tout mouvement brusque et rapide pouvait déterminer la même crise : ascension d'un escalier, course pour gagner une voiture en marche, etc.. Ce cœur était atteint d'une lésion ancienne du myocarde, probablement depuis la fièvre typhoïde, qui l'avait touché.

De tels faits ne sont pas très exceptionnels et quand on fouille l'examen de ses malades, on en rencontre de temps en temps.

La conclusion de ce qui précède est qu'une personne présumée atteinte d'une cardiopathie quelconque, doit être soumise à un examen clinique méthodique, sévère, que nous allons exposer.

Avant de procéder à l'auscultation d'une personne qui se plaint de troubles cardiaques, il faut l'interroger sur ses antécédents personnels et héréditaires, et y rechercher surtout le rhumatisme articulaire aigu, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la chorée, la diphthérie. La tare héréditaire est malheureusement trop réelle en ce qui concerne les affections du cœur : il faut d'ailleurs la rechercher avec quelques ménagements et à mots couverts, afin de ne pas effrayer le malade. Quand on a fait cet examen, on s'occupe de la tare névropathique et, tout en en tenant grand compte, on se garde bien de se laisser trop influencer par cette idée, car, trop souvent, le médecin explique hâtivement certaines affections réelles par le nervosisme et l'hystérie et se contente de les traiter, avec scepticisme, par les bromures et l'hydrothérapie.

On fera ensuite déshabiller le malade et, si c'est une femme, on la priera de se débarrasser de son corset, car rien n'est plus déplorablement superficiel que l'examen des organes thoraciques au travers des vêtements et surtout du corset. Toute malade auscultée avec son corset, par un médecin, même fort habile en auscultation, peut être considérée comme très insuffisamment auscultée. Les questions de pudeur et surtout de crainte de dérangement, doivent être impitoyablement écartées par le médecin sérieux, soucieux avant tout de connaître, dans toute la mesure du possible, l'état de santé du malade ou de la malade qui lui donne sa confiance. La poitrine doit être découverte entièrement jusqu'au-dessous du sein gauche, la personne assise sur un fauteuil ou une chaise à dos droit ; un premier examen, par la simple inspection, peut fournir quelques renseignements utiles sur les battements du cœur, leur intensité, leur siège, leurs anomalies de rythme. La palpation avec la paume de la main, puis avec les extrémités des 4 derniers doigts, insinuées dans le 3e, le 4e, puis le 5e espaces intercostaux gauches, permet de se rendre compte de la fréquence du siège, de l'intensité des bruits normaux et des frémissements, frottements et faux pas du cœur malade. La percussion fournit d'indispensables renseignements sur l'augmentation de la matité précordiale, dans le cas d'hypertrophie ou de déplacement, par compression, d'un épanchement pleural.

Enfin, l'auscultation méthodique de la partie moyenne du cœur, puis de la pointe et de la base de l'organe, revèlera, tantôt, des souffles extrêmement nets et bien localisés à tel ou tel orifice, tantôt de simples prolongements du premier ou du second bruit, tantôt un certain assourdissement des bruits normaux, tantôt enfin, absolument rien d'anormal.

Or, après ce premier examen, une deuxième investigation s'impose : le malade a été examiné assis, et dans le calme ; il faut faire coucher le malade dans la position dite d'Azoulay, le buste légèrement soulevé par un coussin, les genoux fléchis, ainsi que les cuisses sur le bassin, les bras relevés de chaque côté de la tête, afin de provoquer un renfoncement des bruits cardiaques. Enfin, on fait exécuter au malade une série de mouvements, lever brusque, marche rapide, *sauts*, mouvements verticaux et horizontaux des bras, pendant deux ou trois minutes : le cœur ausculté après ces exer-

cices peut présenter des bruits anormaux ou des faux pas très nets, qui indiquent définitivement son degré de résistance à l'effort et par suite sa validité. Sans le contrôle de cesdivers procédés cliniques d'examen du cœur, aucun médecin sérieux ne peut affirmer à un malade qui craint une affection cardiaque, que cette affection n'existe pas et qu'il n'y a chez lui que du nervosisme exagéré.

Lorsque les différentes recherches que nous venons d'indiquer, ont révélé l'existence d'arythmie, de souffles ou de frémissements cardiaques, il faut encore chercher à les interpréter.

L'arythmie et les faux pas du cœur dénotent généralement l'existence de lésions du myocarde plus ou moins anciennes ; les souffles et frémissements surajoutés ou substitués au premier bruit peuvent aussi indiquer une myocardite chronique ; parfois, on perçoit comme des frottements extra-cardiaques passagers, qui dénotent soit une lésion ancienne du péricarde, soit même un certain degré de symphyse cardiaque.

Les coronarites athéromateuses ne donnent pas souvent lieu à des signes bien nets d'auscultation, et provoquent soit une diminution de sonorité des bruits du cœur, soit quelques faux pas du cœur plus ou moins espacés. Dans la majorité des cas, d'ailleurs, la distinction est impossible entre la myocardite et la coronarite, mais elle n'est que peu importante, car le traitement ne varie guère.

II

TRAITEMENT DES CARDIOPATHIES LATENTES ET COMPENSÉES. PROPHYLAXIE DES COMPLICATIONS.

La puissance thérapeutique du médecin est malheureusement bien limitée en ce qui concerne les affections cardiaques et son rôle ne se borne fréquemment qu'à avertir les malades des complications qui les menacent, s'ils ne se conforment pas strictement aux règles d'hygiène prophylactique qu'il leur conseille.

Tout d'abord, un cardiopathe doit être le plus possible soustrait aux émotions morales trop vives, ainsi qu'aux fatigues excessives que causent les transports de fardeaux, l'ascension de nombreux étages, les courses rapides à pied, à cheval ou en bicyclette, l'escrime, l'hydrothérapie violente et la gymnastique.

L'examen attentif de la quantité et de la couleur des urines doit être recommandé au malade, en lui disant avec insistance que c'est là son manomètre de bonne santé ; si la quantité d'urine diminue notablement, il est gravement menacé et doit se mettre immédiatement, sans hésiter, au régime lacté absolu.

Le régime lacté mixte doit être recommandé pendant 10 jours, chaque mois, d'une manière permanente. Les aliments produisant d'abondantes toxines doivent être évités, entr'autres le gibier, les fromages forts, les choux, la charcuterie.

Le vêtement doit être l'objet d'une surveillance attentive : chauds, mais légers, les tricots et gilets de flanelle réunissent toutes les conditions exigibles ; au contraire, les lourds manteaux écrasent le thorax et provoquent de pénibles sudations.

La partie médicamenteuse, quoique trop souvent sans efficacité rétro-active, permet au moins d'entretenir le malade dans un état de résistance suffisant pour retarder, sinon empêcher, les complications.

L'iodure de sodium et l'iodure de strontium purs sont les deux plus puissants modificateurs des lésions chroniques de sclérose ou d'athérome et les meilleurs altérants à opposer à l'hypertrophie, à la dégénérescence graisseuse et à l'endartérite coronaire. Ils doivent être pris régulièrement pendant 10 jours chaque mois à dose de 0.50 centigrammes à 1 gramme en 24 heures au maximum, sauf accidents iodiques. On formule par exemple :

Iodure de sodium........	5 grammes.
Sirop d'écorce d'orange...	50 grammes.
Eau distillée.............	100 grammes.

Ou :

Iodure de sodium ou de strontium............	10 grammes.
Anisette de Bordeaux.....	50 grammes.
Eau distillée..............	100 grammes.

une cuillerée à soupe par jour, immédiatement avant chaque repas de midi.

Les dix jours d'iodure suivront les dix jours de régime lacté. Enfin, on prescrira pendant cinq jours, après l'époque de l'iodure, *le sulfate de spartéine*, excellent tonique de la fibre cardiaque, plus puissant que la convallaria et non toxique comme la digitale.

La spartéine se prend à la dose de dix centigrammes par 24 heures, soit en granules, soit en potion, soit en gouttes alcooliques.

Il faut réserver la digitale et la caféine pour les périodes aiguës graves où un danger d'asystolie menace.

La révulsion précordiale est absolument inefficace, donc inutile, une fois que la lésion cardiaque est constituée et chronique ; il en est de même de l'hydrothérapie.

Les bains de mer sont généralement contre-indiqués et les ascensions de montagnes sont souvent funestes. Cependant, des voyages modérés et des exercices peu prolongés sont salutaires pour entretenir la vigueur et l'appétit. Le plus grand supplice des cardiopathes est l'absence fréquente de sommeil.

Le chloral leur est interdit ; l'éther et la morphine sont, maniés à faible dose, des narcotiques souvent inefficaces ; à hautes doses, ils ne peuvent être trop longtemps prolongés. Les meilleurs calmants des cardiopathes sont les bromures : bromure de camphre, en capsules de 0,10 centigrammes, bromure de sodium et d'ammonium, 1 à 2 grammes, et le chloralose à la dose faible de 0,30 à 0,40 centigrammes par cachets de dix centigrammes, espacés d'une demi-heure environ.

Comme indications spéciales, il faut, autant que possible, préférer les iodures chez les cardiopathes artériels, chez les athéromateux ; la spartéine, la convallaria et le strophantus chez les myocardiopathes ; quand les syncopes sont plus fréquentes, il n'y a même aucun inconvénient à donner, pendant trois ou quatre jours, la digitaline sous forme de granules de 1/10 de milligramme (6 à 8 par jour) ou de gouttes alcooliques, quarante gouttes de solution au millième.

Dr Paul HUGUENIN.

HYGIÈNE PUBLIQUE

De la Désinfection par l'Aldéhyde formique.
(Formol). (*Suite*) (1).

« VI. Les échantillons *humides* ont été tués au même titre que les échantillons secs ou à peu près secs, lorsqu'ils étaient exposés de toute part aux vapeurs de formol; mis en tubes à essai ouverts à un bout, certains de ces échantillons ont été tués, d'autres ont résisté.

« VII. Le bacille de la tuberculose a été tué dans les crachats secs ou dans les crachats triturés dans du sable stérilisé et desséché ; mais même des crachats humides, récents, étendus sur des carrés de toile en couches de 1 millimètre à un millimètre et demi ont été désinfectés.

« VIII. On ne peut nous objecter de ne pas avoir suivi assez longtemps nos ensemencements, puisque les milieux ensemencés ont été surveillés pendant près de deux mois.

« IX. On ne peut pas objecter davantage l'action infertilisante des traces de formol adhérentes aux échantillons ensemencés, car les échantillons lavés dans l'air de flacons de 200 et 500 grammes stérilisés, et dans de l'eau ammoniacale, avant l'ensemencement, sont demeurés stériles.

« X. Ces faits amènent à cette conclusion que, pour que la désinfection soit efficace, il faut que les vapeurs de formol puissent aborder le plus largement possible tous les points de l'objet.

« Il s'ensuit donc que, dans une désinfection par les vapeurs de formol, on devra éviter les amoncellements de draps ou d'objets qui se tassent; on devra étendre le linge et les habits sur des cordes ou sur le sol; on retournera les poches des habits et l'on éventrera les matelas, pour en étendre la laine.

« Les vapeurs de formol peuvent désinfecter énergiquement les linges à peu près secs et, à un certain degré, les objets imprégnés d'humidité ou franchement humides, mais sans couche liquide; le bacille tuberculeux a été détruit non seulement dans les crachats secs, mais encore dans des crachats frais étalés en couches minces.

« XI. Je dois ajouter, enfin, que les vapeurs de formol n'ont détérioré aucun des objets de toute nature et de toute couleur, placés dans le milieu à désinfecter.

« L'opération m'a paru facile, courte, et demandant peu de surveillance. »

Signé : Dr Bosc, agrégé à la Faculté de Montpellier.

Les deux commissions sont donc d'accord pour préférer, au sublimé, les vapeurs d'aldéhyde formique dégagées par l'autoclave et cet appareil nous donne un moyen pratique et économique, de les produire.

C'est donc à l'autoclave et non à la lampe à capillarité, qu'il faudra s'adresser pour la désinfection des wagons de chemin de fer ; la pression une fois obtenue, il suffira d'introduire le tube malléable dans le wagon ou le compartiment par un des orifices qui s'y trouvent ou par un trou de vrille de 2 à 3 m/m de diamètre qui, une fois fait, à un endroit convenu à l'avance, servira pour les désinfections ultérieures. 25 minutes, nous l'avons vu, suffisent pour une chambre de 40 à 60 mètres cubes ; l'opération pourra se faire à l'aide d'un ou de plusieurs autoclaves, selon l'importance du service, avec une facilité, une rapidité et une certitude de succès que ne peut donner la lampe primitive.

Mais, comme le dit la commission du Val-de-Grâce, l'aldéhyde formique ne remplace pas complètement l'étuve que devront posséder les hôpitaux et les villes d'une certaine importance. Quant aux petits centres, aux petits hospices, qui sont en majorité, et dont il est surtout urgent de s'occuper en mettant à leur portée des moyens moins coûteux, *mais efficaces*, de désinfection, ils trouveront dans l'autoclave un excellent procédé, très pratique, peu dispendieux, et qui remplacera l'étuve qu'ils ne peuvent se procurer, à condition de se conformer aux conclusions du Dr Bosc, c'est-à-dire d'éventrer les matelas, d'étendre les draps et couvertures, en un mot, de ne pas laisser les objets en tas, et, comme les vapeurs formiques agissent surtout à sec, la laine n'ayant pas été mouillée, on pourra refaire les matelas aussitôt après la désinfection, en ayant soin cependant de détruire l'odeur, plus rapidement, en exposant de l'ammoniaque dans des assiettes.

Tels sont les renseignements que j'ai pu me procurer sur les effets antiseptiques de l'aldéhyde et que je crois utile de contribuer à faire connaître.

Dr Lemaire (du Tréport).

(1) Voir n° 1.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

De la création d'un ordre de médecins.

Lorsque la Révolution eut aboli les corporations professionnelles que la communauté des intérêts avait fait naître, sous l'ancien régime, les médecins cessèrent d'être soumis à la tutelle de l'Ancienne Faculté de Médecine qui, jusqu'alors, avait été la gardienne fidèle des traditions scientifiques, aussi bien que de la dignité de la profession. A partir de ce moment, chaque médecin devint libre d'agir à sa guise dans toute circonstance, mais, ce qu'il advint de cette liberté sans entraves, Réveillé-Parise nous le dit en 1831 :

Le charlatanisme, écrit-il, ce polype vivace et venimeux, est devenu plus hardi, plus effronté que jamais. Tout le monde lance, aujourd'hui, sa formule et son poison, jette son hameçon, amorce les dupes et les niais sans que rien le gêne. Les rues, les carrefours, les affiches, les journaux, les brochures, les compères, les cartes distribuées secrètement ou sur les quais, tels sont les honnêtes moyens employés pour se faire une clientèle de médecin. C'est un panthéisme industriel auquel on sacrifie sans scrupules et surtout sans danger : de là ce discrédit où tombent les véritables médecins, et cette souillure de la robe doctorale qui frappe tous les regards, et ces insolentes réputations qui vous harcèlent de leur audace, de leur impudence et de leurs triomphes.

Ce cri d'alarme, jeté par Réveillé-Parise, eut pour conséquence le Congrès médical de 1845 : le remède proposé par le Congrès fut l'établis-

sement de conseils médicaux. Cette institution figurait même dans le projet de loi voté par la Chambre des Pairs en 1847, et déposé à la Chambre des Députés le 3 janvier 1848. La Révolution de février arriva, et la Chambre fut dissoute sans avoir voté la loi. Depuis, il n'en fut plus question.

En 1860, l'Association Générale des médecins de France se fonda. Beaucoup de bons esprits, optimistes par tempérament, pensèrent alors que l'Association Générale pourrait réaliser les espérances qu'avaient fait concevoir les conseils médicaux, que son extension, de plus en plus grande, finirait par englober tous les membres de la corporation, et qu'elle pourrait, à ce moment, agir efficacement sur chacun d'eux. Mais, outre qu'après 50 ans, elle comprend à peine la moitié des médecins exerçant en France, le fait suivant est de nature à éclairer, même les moins prévenus, sur le rôle exclusif qui lui est dévolu. — En 1880, on tenta, dans le sein de l'Association Générale, d'organiser la défense des intérêts médicaux contre les Sociétés de secours mutuels. Aussitôt, le ministre intervint: il fut enjoint à l'Association de n'avoir plus à délibérer sur ce sujet, et de ne s'occuper que de choses concernant la mutualité. Comme le dit le Dr Surmay, qui relate le fait, c'était barrer le chemin à des questionneurs mal engagés par trop de confiance, mais ce n'était supprimer ni les questionneurs, ni la question. Eux et elle reparurent immédiatement sous le nom de *syndiqués* et de *syndicat*. C'était une nouvelle tentative d'obtenir, pour la profession médicale, une constitution qui lui donnât les garanties de considération, de protection et de défense qui sont l'apanage d'autres professions, dont l'importance sociale n'est pas au-dessus de la sienne.

Les Syndicats médicaux, dont les premiers fondés ont déjà 15 années d'existence, ont-ils réalisé ce programme, et peut-on espérer qu'ils le réaliseront jamais ? Nous sommes obligé d'avouer que nous ne le pensons pas. La difficulté gît dans ce fait que le code déontologique, qui sert de base à leur organisation, n'aura d'application efficace que du jour où l'adhésion au syndicat sera obligatoire pour tous les médecins en exercice. Tant qu'un médecin pourra se soustraire à l'obligation de faire partie de l'association professionnelle locale, tant qu'un membre de cette association pourra cesser d'en faire partie par caprice ou par dépit, le syndicat restera sans effet. Ou vous aurez pour objectif, le meilleur peut-être, de le faire vivre le plus longtemps et le plus nombreux possible, et alors vous fermerez les yeux sur certains méfaits, vous transigerez sur certains autres ; ou vous voudrez être logiques et vous demanderez au syndicat la réalisation des espérances qu'il vous a fait concevoir, et alors il aura bientôt vécu. *Les syndicats médicaux, tels qu'ils sont établis, sont donc insuffisants.*

Ils nous sembleraient remplir tous les désiderata s'ils étaient obligatoires, et si leurs décisions avaient une sanction légale.

Est-il nécessaire de les réorganiser dans ce sens ? Est-ce possible, et dans quelles conditions ?

Cette réorganisation semble nécessaire, parce que, s'il est vrai que, dans son ensemble, la moralité de notre profession n'est pas inférieure à celle des autres professions libérales, il n'en est pas moins certain que parfois se produisent, de la part de quelques confrères dévoyés, des actes dont l'indignité rejaillit sur la profession tout entière, et sur lesquels, dans l'état actuel des choses, on n'a aucune prise ; situation d'autant plus digne d'attention que, par la certitude de l'impunité, on peut se laisser aller à commettre une indélicatesse devant laquelle on aurait reculé si l'on avait craint d'avoir à s'en expliquer devant ses confrères, et qu'une fois engagé dans cette voie, il est difficile de rétrograder.

.... Facilis descensus averni,
Sed revocare gradum.............. .....

Elle semble nécessaire pour un autre motif : l'état de souffrance dans lequel sont nos intérêts matériels, pour la défense desquels, individuellement, nous nous épuiserons en efforts stériles, et pour lesquels l'union nous donnera des résultats avantageux que le syndicat, malgré ses imperfections nous a déjà fait pressentir. Lorsqu'une poursuite a lieu pour exercice illégal de la médecine, sur la dénonciation d'un médecin, quelle réparation pécuniaire voulez-vous qu'un tribunal alloue au plaignant ? Qui prouve que ce client serait venu au plaignant plutôt qu'à son voisin ? Alors, pourquoi mettre, dans la bourse du premier, l'argent dont le délinquant a peut-être fait tort à une autre bourse ? Désagréables pour celui qui les fait, ces poursuites personnelles ne peuvent être qu'improductives, et tourner à sa confusion. Un être collectif seul peut poursuivre, mais il faut, pour cela, que son existence soit reconnue par l'Etat.

Ajoutez à cela que, vis-à-vis des pouvoirs publics, le délégué qui prendra la parole, au nom de la corporation tout entière, aura une tout autre autorité que nous n'en avons aujourd'hui ; et que prendra fin, à partir de ce moment, l'exploitation dont nous sommes victimes dans tant de circonstance.

Cette réorganisation est-elle possible, et comment ? Nous sortons ici du domaine de la théorie pour rentrer dans celui de l'application. Deux projets ont été présentés :

1° *Le Projet Surmay.* — Dans ce projet, l'Etat donne l'investiture scientifique ; l'ordre, l'investiture professionnelle. Il y aurait une chambre médicale par arrondissement, et un conseil général de l'ordre à Paris. — La chambre d'arrondissement dresserait la liste de médecins ayant droit d'exercer, et nul ne pourrait exercer sans cette inscription. Elle prononcerait les peines de l'avertissement, de la réprimande, de la censure, de l'amende, de la suspension, et de l'interdiction, avec appel facultatif, pour ces 2 dernières, au conseil général de l'ordre.

M. le Dr Surmay a été l'initiateur de l'idée de la création d'un ordre de médecins. Son projet, qui nous a semblé d'un rigorisme trop absolu, a été l'objet d'objections nombreuses dont la principale est la difficulté d'appliquer les deux peines de la suspension et de l'interdiction.

2° *Le Projet Mougeot.* — Le Dr Mougeot a présenté un projet moins autoritaire, et d'une application sans doute plus facile.

L'organisation qu'il propose serait : une chambre départementale, où tout médecin exerçant dans le département serait tenu de s'inscrire, et pouvant connaître des différends confraternels, des atteintes portées à la dignité du corps, et

des questions déontologiques, comme ayant aussi pour devoir de prendre en main tous les cas d'exercice illégal, et de les suivre jusqu'à la dernière juridiction.

Les pénalités seraient : la demande d'explication, l'avertissement, la réprimande, la suspension, la radiation définitive, seulement après l'avis du conseil suprême, *et n'entraînant pas l'interdiction d'exercer*. — L'ordre aurait le droit de faire savoir au public que tel médecin a été rayé pour cause d'indignité. Le public est prévenu ; libre à lui de s'adresser à ce personnage, mais s'il en résulte quelque méfait, la corporation y est étrangère. — Rien de plus, rien de moins.

L'ordre des médecins existe, d'ailleurs, en Angleterre, depuis 1858. Tout praticien convaincu d'indignité est rayé de l'ordre, et par ce fait il perd le droit de réclamer des honoraires en justice, il ne peut être médecin d'hôpital, n'avoir une fonction administrative quelconque ; il ne peut être expert devant les tribunaux, etc.

Ces deux projets ont été soumis à la discussion de l'Association Générale des médecins de France, après avoir été présentés à chacune des sociétés locales.

Le rapport sur cette question de M. de Ranse fait une critique très vive de ces projets, auxquels il reproche principalement cette obligation de se tenir dans les limites de la bonne confraternité par la crainte d'une sanction légale. La crainte du châtiment empêche de commettre un délit, dit-il, mais ne moralise pas les masses. A quoi M. Mougeot lui répond excellemment : « Qu'est-ce qui importe à la sécurité sociale ? La moralité ? Non. — Ce qui lui importe, c'est que le voleur ne vole pas, que l'assassin ne tue pas. Il vaudrait mieux, sans doute, qu'assassin et voleur fussent retenus par leur conscience plus que par les gendarmes, mais l'essentiel est qu'ils soient retenus. »

M. de Ranse se berce de la généreuse illusion que l'Association générale, par son développement progressif, comprendra bientôt tous les médecins français, sauf les indignes, et que, par son intermédiaire, s'effectuera une sélection qui rendra inutile la création d'un ordre de médecins.

Comme M. de Ranse le proposait, l'Association générale décida qu'il n'y avait pas lieu de créer un ordre de médecins, mais, pour bien faire voir ce que peut faire le parti pris, nous dirons que sur 96 sociétés locales, *14* ont dit *oui*, 18 ont dit *non*, et **64** n'ont pas répondu, et nous demanderons si les 4 voix, qui forment la majorité du seul tiers qui s'est prononcé, peuvent imposer leur opinion aux 64 sociétés qui ont réservé la question ! Quant à nous, nous ne le pensons pas, et nous croyons que la question pourrait être utilement mise en discussion de nouveau.

Docteur BOBRIE.

CORRESPONDANCE

M. le Dr Lasalle nous prie de reproduire la lettre suivante, qu'il adresse au *Journal* :

A Monsieur le Directeur du « *Journal* », Paris.

Monsieur,

J'ai lu l'article malveillant que votre collaborateur Monsieur Marcel Prévost consacre au corps médical. Certes la défense si éloquente des médecins publiée deux jours plus tard à la même place dans le même journal par l'illustre François Coppée peut être considérée comme une réponse très suffisante au réquisitoire virulent de notre détracteur ; car vous conviendrez, Monsieur, que l'estime et les éloges d'un écrivain de grand talent et de grande probité comme Coppée peuvent aisément consoler des injures de M. Marcel Prévost.

Néanmoins, en ma qualité de membre de la famille médicale, vous voudrez bien m'accordez le droit de protester, en quelques lignes, contre les odieuses attaques dont elle est en ce moment l'objet.

Je n'aurai pas le mauvais goût d'énumérer ici les multiples considérations qui devraient, semble-t-il, mériter à la profession médicale l'estime et la reconnaissance publiques. Hélas ! comme toutes les corporations, moins que d'autres pourtant, le corps médical renferme des membres peu scrupuleux, indignes, parfois même criminels ; mais peut-on soutenir de bonne foi que la corporation tout entière doive être rendue responsable des défaillances de quelques-uns ?

Les Bazaine, les Dreyfus ont-ils disqualifié l'armée française ? D'ailleurs, dans un but de moralisation professionnelle, afin d'être armé contre les confrères oublieux de leurs devoirs, nous avons recommencé précisément depuis quelques jours une énergique campagne en faveur de « l'Institution d'un ordre des médecins. »

Pourquoi la Presse politique ne nous aide-t-elle pas à obtenir des Pouvoirs publics cette organisation tutélaire ? Mais ceci dit, vous me permettrez, Monsieur le Directeur, de m'adresser à mon tour aux lecteurs impartiaux de votre importante feuille, pour leur poser la question suivante :

Sied-t-il vraiment à M. Marcel Prévost, dont je ne méconnais point certes le talent et l'esprit, sied-t-il à l'auteur des *Demi-Vierges*, au protagoniste de cette littérature dissolvante qui semble avoir pour but d'accroître la légion, déjà formidable, des névrosées et qui contribue à la dépopulation nationale bien plus que tous les faiseurs et toutes les faiseuses d'anges qu'il dénonce ; sied-t-il, je le répète, à pareil philanthrope de s'ériger en professeur de morale publique et d'attaquer avec tant de sévérité une corporation qui, entr'autres mérites, peut revendiquer hautement celui de travailler plus qu'aucune autre au relèvement de notre chère patrie.

J'espère que vous ne me refuserez pas l'insertion de ces lignes dans le *Journal*, et je vous prie de recevoir, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération la plus distinguée.

Docteur LASALLE.

Lormont (Gironde), 1er janvier 1897.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat général des médecins des Stations balnéaires et sanitaires de la France.

19 *novembre* 1896.

L'Assemblée décide que les médecins des stations balnéaires et sanitaires pourront adhérer directement au Syndicat général sans être tenus de faire auparavant partie du syndicat local ou régional s'il en existe.

Sont élus membres du syndicat : les Drs Forestier, Desmaraux, Depierre, Armaingault, Vaucher, Estradère, Audubert.

Bureau.

MM. Bouloumié, Terras, Pedebidou, Garrigou sont nommés vice-présidents ;

MM. R. Durand-Fardel, Boursier, Janicot,

Philbert, Benard, Censier, Senac-Lagrange et Duhourcau sont nommés assesseurs.

Double patente.

Le rapport de M. Philbert sur la *double patente des médecins d'eaux* se termine par les conclusions suivantes : *Demander à la commission des patentes d'adopter le paragraphe suivant :*

En ce qui concerne les médecins : « Ils ne pourront être assujettis au paiement du droit proportionnel de patente que dans l'arrondissement où ils auront fait enregistrer leur diplôme conformément à la loi de 1892.

Ces conclusions sont adoptées.

Taxe de cure.

Le Dr Caulet, dans son rapport sur la *taxe de cure*, juge celle-ci difficile à appliquer en France. Il considère même que l'action du syndicat dans cette voie est inopportune.

La cure-taxe est un impôt perçu en Allemagne par la Commune, et si elle a produit d'excellents effets dans ce pays, en contribuant à la prospérité des stations thermales, il n'en serait peut-être pas de même en France. Cet impôt ne pourrait être établi chez nous que par une loi. Nous avons eu le tort de laisser les établissements entre les mains de concessionnaires qui encaissent les bénéfices au lieu de les employer au développement de la station, comme le ferait la Commune.

C'est là une des raisons de l'état souvent médiocre de nos villes d'eaux, dont plusieurs auraient pu prendre un accroissement plus grand encore que celles d'Allemagne.

Il propose, en conséquence, de nommer une commission d'enquête chargée de réunir tous les renseignements sur la situation des diverses stations, et qui, pour cela, adressera un questionnaire aux médecins qui exercent.

Sur la proposition du Dr Bouloumié, cette Commission sera également chargée de proposer une solution.

La question de la cure-taxe, sous une forme quelconque, n'est donc pas épuisée. Il est en effet indispensable de se procurer des fonds ; quand ce ne serait que pour organiser une police sanitaire dans les stations et pour procéder à la désinfection des locaux et des mobiliers. Ce sujet, traité par M. Bouloumié dans un excellent rapport, est, par suite, renvoyé à la même Commission.

Rapports des médecins avec leurs malades dans les établissements balnéaires.

L'Assemblée revendique pour les premiers (quand ils sont inscrits à la station), le droit d'administrer à ceux-ci, s'ils le jugent à propos, les traitements qu'ils leur ont conseillés.

Questions diverses.

M. Philbert propose de voter l'*adhésion du syndicat à l'union des syndicats.* La proposition est ajournée.

Sur la demande du même membre, l'assemblée décide de mettre à l'ordre du jour de la prochaine séance la *question des masseurs, électriciens et autres*, qui viennent dans les stations thermales, et quoique nos médecins, y consultent les baigneurs et leur indiquent leur traitement.

D. B.

REPORTAGE MÉDICAL

Les concours. — Le *concours de l'externat* vient de se terminer par la nomination de 406 élèves.

Le *concours de la médaille d'or* (*médecine*) a donné les résultats suivants : médaille d'or : M. Claude ; médaille d'argent : M. Gasne ; accessit : M. Kahn.

Celui de *la médaille d'or* (*chirurgie*) a permis d'attribuer la médaille d'or à M. Baudet, la médaille d'argent à M. Lapointe, l'accessit à M. Marion.

Ont été nommés après le *concours pour l'internat des asiles d'aliénés de la Seine* : *Titulaires:* MM. Porlion, Rogues de Fursac, Pollucend, Ameline, Rodiot, Poirson, Brunet ; *Provisoires* : MM. Pasquet, Dupau, Petit, Gontault, Hauser, Launay, Castin.

— *Banquet du Dr Jules Simon.* — Les amis et les élèves du Dr Jules Simon, à l'occasion de son départ des hôpitaux, se réuniront en un banquet, le jeudi 14 janvier 1897, à 7 h. 1/2, Hôtel Continental (entrée rue Rouget-de-Lisle). Cotisation : 20 francs.

Envoyer les adhésions au Dr Carron de la Carrière, 4, rue du Cirque, ou à MM. Boncour et Canuet, internes à l'hôpital des Enfants-Malades.

— *Banquet de M. Huchard, offert par ses élèves et amis, à l'occasion de sa récente élection à l'Académie de Médecine.*—Ce banquet aura lieu le *mardi 26 janvier* 1897 (restaurant Cubat, 25, avenue des Champs-Elysées), à 7 heures et demie, sous la présidence de M. le professeur Potain, membre de l'Institut. Cotisation : 20 fr.

Les adhésions seront reçues jusqu'au 16 janvier, au plus tard, à l'adresse suivante :

M. Baillet, interne à l'hôpital Necker.

Une fortune pour l'Institut Pasteur.— A l'occasion du nouvel an, Madame la baronne de Hirsch offre une somme de deux millions à l'Institut Pasteur. La réunion du Conseil qui aura lieu en avril, déterminera l'emploi de ce don considérable, à moins que la bienfaitrice n'ait indiqué une destination spéciale.

L'indemnité maladie chez les médecins anglais. — Au cours de l'année 1896, la Société médicale mutuelle d'assurance contre la maladie, qui protège les médecins anglais, a versé la somme de 40.625 fr. pour 3115 journées de maladie.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.141. — M. le docteur Albert, de Chennevières-sur-Marne (Seine-et-Oise), présenté par M. le Directeur.

N° 4.142. — M. le docteur Moreau, de Châtillon-sur-Sèvre (Deux-Sèvres), membre des Syndicats de Cholet et des Deux-Sèvres et de l'Association amicale.

N° 4.143. — M. le docteur Chauveau, de Paris, membre du Syndicat des médecins de la Seine.

N° 4.144. — M. le docteur Blondel, de Pavilly (Seine-Inférieure), membre de l'Association professionnelle des médecins de Rouen.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Sourdin, d'Evron (Mayenne), Nicolas, de Pleurtuit (I.-et-V.), et Massin, de Pierre-de-Bresse (Saône-et-Loire).

Le Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 3 16 Janvier 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LES ŒUVRES DE PRÉVOYANCE

du « Concours médical »

J'assistais, récemment, à un dîner confraternel où naturellement la conversation générale roula sur les questions qui nous préoccupent tous, sur la dureté de la vie, la nécessité de la lutte pour l'existence, etc...

Sujet banal, dira-t-on, mais malheureusement toujours d'actualité et d'où chacun remporte matière plus ou moins ample à de sérieuses réflexions.

Qu'il me soit permis de conter les miennes.

Une chose m'avait énormément surpris : c'est que la plupart des confrères présents ignoraient jusqu'à l'existence des œuvres de prévoyance fondées par le *Concours médical.*

J'avais été amené à parler de *la Caisse des Pensions de Retraites du Corps médical Français*, et personne n'avait paru au courant : les uns ne savaient pas ce dont il s'agissait, les autres le confondaient avec la caisse des pensions de l'Association générale.

Et pourtant, s'il y avait, à la réunion, quelques médecins désintéressés des questions professionnelles, il y avait des syndiqués, il y avait même des lecteurs du *Concours médical*, qui, connaisant les titres des œuvres, ne les avaient pas étudiées.

J'avoue que la chose me paraissait incompréhensible.

Comment, voici des confrères qui font partie d'une grande association professionnelle, qui lisent son organe officiel, qui sont au courant de ce qui se passe dans le monde médical, et qui négligent ce qui a été tenté en faveur des médecins pour leur enlever le grand souci de la vieillesse et des infirmités !

Le journal, ils le parcourent tout au moins, s'ils ne le lisent à fond, et nos appels à la prévoyance, à la solidarité ne les ont pas frappés !

Mais alors, dira-t-on, ce sont des réfractaires à l'idée d'assurance. — Pas du tout, et certains, tout étonnés, de ce que je leur apprenais, manifestaient le désir d'étudier plus à fond ces organisations.

Qu'est-ce donc alors, et comment se fait-il qu'il y ait des oreilles pour ne point entendre nos appels, des yeux pour ne point lire nos comptes rendus ?

Je ne trouve qu'une réponse, c'est que nous ne faisons pas assez pour la propagande.

Nous sommes malheureusement à peu près seuls à la faire, cette propagande, et nos confrères de la presse médicale, auxquels nous communiquons pourtant nos procès-verbaux, ont sans doute trop d'autres soucis pour les reproduire : c'est à peine si, chaque année, nous trouvons, par ci par là, quelques lignes qui concernent ces œuvres. Mais si nous sommes seuls, nous devrions redoubler de zèle, et c'est peut-être ce que nous ne faisons pas.

Nous avons tant de fois répété les mêmes arguments, que nous nous figurons avoir arrêté l'attention, avoir été lus et compris de tous, et dans notre candeur, nous hésitons à ressasser indéfiniment les mêmes questions ; nous espaçons nos communications et nous parlons à nos lecteurs comme à des gens qu'il convient non de convertir ou de persuader — ils doivent l'être — mais de tenir simplement au courant.

Aussi, nous arrive-t-il de n'être ni compris, ni même lus et, un beau jour, de rester stupéfaits en découvrant notre erreur.

Connaissant le grand mal de la profession, l'indifférence pour tout ce qui sort de la pratique journalière, nous devrions revenir, sans cesse, sur ces questions de prévoyance, y insister, forcer l'attention, les imposer pour ainsi dire..... et c'est ce que nous ne faisons pas.

A chaque instant, la Correspondance du *Concours* nous montre des lettres navrantes de confrères, qui, après toute une vie de travail et d'ab-

négation, manquent même du morceau de pain nécessaire à la vieillesse ; de veuves qui d'une situation sinon brillante, du moins acceptable, se trouvent tout d'un coup précipitées dans une gêne voisine de la misère; de malades qui, privés des ressources de leur travail, implorent un peu d'aide au nom de la solidarité confraternelle.

Et nous ne pouvons rien pour les aider d'une manière efficace, pour les sortir de l'abîme où ils sont tombés. Ils ne faisaient pas partie de l'Association générale, ils ne s'étaient pas agrégés à nos œuvres de prévoyance, ils n'avaient pas cru à la possibilité du malheur !

C'est cette éventualité, toujours terrible, que nous devons rappeler à tous : aux uns, parce qu'elle peut les atteindre soit directement, soit dans ce qu'ils ont de plus cher; aux autres, pour leur dire que, classés parmi les heureux de la profession, il est de leur devoir de regarder autour d'eux, car ils ne peuvent se désintéresser des infortunes qui frappent leur voisin, leur ami, leur confrère.

Et les heureux du jour sont-ils tellement sûrs d'avoir fixé la fortune pour ne pas craindre quelque revers ?

Les œuvres, que nous leur soumettons sont des œuvres de droit : nul ne peut éprouver aucun sentiment de honte à réclamer ce qui lui est dû légitimement, ce qu'il s'est assuré par sa prévoyance.

La rente viagère que lui assure la *Caisse des pensions* permettra au médecin, s'il est dans la gêne, de n'être pas contraint à tendre la main à ses confrères ; s'il jouit de la médiocrité, peu dorée, qui nous attend pour la plupart, de se donner quelque luxe interdit sans cela ; s'il est mieux partagé encore et s'il peut se passer de ce surcroît, de faire quelque bien autour de lui.

L'indemnité que lui verse l'*Association Amicale* lui permettra de payer son remplaçant si la maladie n'est que temporaire, et, si elle se prolonge, si elle lui interdit l'exercice de son art d'une manière définitive, lui assurera les avantages de la rente viagère.

Enfin la *Caisse des veuves et des orphelins*, à l'établissement de laquelle nous travaillons en ce moment même, lui permettra d'assurer la situation de sa famille, en cas de mort prématurée.

Quelques confrères objectent parfois que, pour participer à ces trois œuvres, dont ils reconnaissent l'utilité, il faut prélever sur le budget annuel une somme relativement considérable. Nous leur répondrons de rentrer en eux-mêmes, de faire un examen de conscience, et de rechercher s'ils ne dépensent souvent pas plus d'une manière futile.

Nous avons la conviction intime que *le médecin qui veut* peut participer à ces caisses, et la correspondance de nos associés nous le montre : tel qui hésitait, devient, après s'être décidé, un des plus chauds propagateurs, reconnaissant hautement la sécurité que lui donne son adhésion ; tel autre, qui croyait avoir fait œuvre de simple confraternité, est tout heureux de constater qu'en même temps, il a fait pour lui-même une bonne affaire.

Nous nous proposons, mes collègues et moi, d'exposer successivement le mécanisme des trois caisses ; nous donnerons les principes sur lesquels elles reposent, les avantages qu'elles assurent. Nous supplions nos lecteurs de nous lire attentivement, de réfléchir sur ces questions et d'en causer en famille ou avec leurs confrères.

Nous sommes à leur disposition pour leur donner tous les renseignements, toutes les explications complémentaires qu'ils peuvent désirer et nous pouvons les assurer qu'ils n'auront pas à regretter les quelques instants d'attention que nous réclamons d'eux.

Qu'ils nous apportent leur adhésion, ils sont certains, je le leur répète, de faire une bonne affaire en même temps qu'une bonne action.

Dr A. GASSOT.

FEUILLETON

Les Médecins.

Les médecins sont sur la sellette et passent un mauvais quart d'heure. Cette sinistre affaire de la rue de l'Arcade en est la cause.

A l'heure qu'il est, si l'on cédait à l'indignation soulevée par la mort tragique de Mlle Thomson, on fermerait toutes les cliniques particulières de gynécologie, beaucoup de spécialistes seraient réduits à la mendicité, et nous serions arrêtés à tous les coins de rue par des « marque-mal » qui nous tendraient la main et nous diraient d'une voix suppliante.

— Ayez pitié d'un pauvre *ovairier* sans ouvrage !

Je m'empresse de déclarer que cet « à peu près » n'est pas de moi. J'ai le regret de n'en pas connaître l'auteur. Mais c'est un calembour admirable, et je ne résiste pas au plaisir de vous en faire part. On ne saurait trop répandre les belles choses.

Donc voici l'opinion partie en guerre contre les médecins. Je ne m'enrôlerai point dans cette croisade. Ma très médiocre santé ne me le permet pas, et je n'ai aucune envie de me brouiller avec la Faculté, en général, et spécialement avec mon voisin et ami, le docteur Watelet. Que, demain, je commence à tousser comme un bœuf, ce qui m'arrive tous les hivers, et je serai trop heureux que Watelet vienne m'ausculter et métamorphose, au moyen de quelques ventouses, mon dos et ma poitrine en tirs à macarons.

Nous en sommes tous là, au fond. Quand nous nous portons bien ou à peu près, nous faisons les malins et les rodomonts ; mais, à la moindre anicroche, nous nous hâtons d'appeler le docteur, et nous ne sommes pas fiers du tout en lui donnant notre pouls à tâter et en lui montrant notre langue. Puis, dès que nous allons mieux, afin d'excuser d'avance notre ingratitude envers celui qui nous a soignés, nous attribuons notre guérison à la nature. La plupart des hommes sont d'indécrottables orgueilleux. Ils gardent un mauvais sentiment contre le médecin, qui les a vus dans l'état d'infériorité morale où les mettaient la souffrance et la peur, et ils se vengent volontiers de ce témoin de leur faiblesse, par d'injustes satires.

Les médecins sont, d'ailleurs, très indulgents à cet égard, et devant les attaques et les plaisanteries dont on les crible, ils haussent les épaules ou rient les premiers. Le calme dédaigneux du médecin, quand on médit devant lui de son art, est presque égal à celui du prêtre écoutant des propos hostiles à la religion. Ils savent bien, l'un et l'autre, que toujours l'homme redoutera la mort et le lendemain de la mort ; et ils se souviennent que, souffrant dans son corps, il demandera l'aide de la science, et que troublé dans son âme, il criera au secours vers la foi. Le médecin athée et le prêtre croyant sont des

LA SEMAINE MÉDICALE

Formes cliniques de la tuberculose intestinale.

Le Dr *Galliard*, de Paris, distingue dans la tuberculose intestinale, un assez grand nombre de formes cliniques différentes, dont voici les principales.

La forme *diarrhéique*, la forme *dysentérique*, et la forme *coprostatique*.

La forme diarrhéique est la forme commune.

Annoncée par des coliques douloureuses, elle est généralement secondaire à la tuberculose du poumon.

Parfois, elle débute d'une façon brusque et s'installe d'emblée avec une intensité singulière ; elle résiste à tous les médicaments. C'est une diarrhée *de long cours* (Louis, Chomel). On peut la voir alterner avec les sueurs ; Graves caractérisait le phénomène par ce mot : *sueurs intestinales*. Quant au prétendu balancement, qui existerait entre les déterminations thoraciques et la diarrhée des tuberculeux, M. Galliard le repousse avec énergie. D'après son observation personnelle, la diarrhée n'arrête jamais l'évolution du processus pulmonaire ; elle constitue une complication formidable et rien de moins. Peut-être lui attribuera-t-on la diminution passagère des crachats et la résorption de certains épanchements de la plèvre, mais le malade n'y gagnera pas grand'chose : la tuberculose continuera son évolution, soit dans la séreuse, soit dans le parenchyme pulmonaire.

Lorsque, chez l'*adulte*, la diarrhée fournit le premier symptôme de la tuberculisation, le diagnostic est difficile. On peut songer à l'entérite aiguë simple, à l'entérite chronique, aux diarrhées parasitaires, à la diarrhée de Cochinchine, aux diarrhées toxiques. Pour faire le diagnostic, on recherchera dans les déjections le bacille de Koch ; on tiendra compte de la nature des matières évacuées : d'abord demi-solides et bilieuses, puis muqueuses, aqueuses, grisâtres, assez souvent noircies par le sang mélangé, très fétides. On tiendra compte de la fièvre ; Trousseau dit avoir vérifié souvent la proposition de Chomel : toute diarrhée rebelle liée à la fièvre et aux sueurs est d'origine tuberculeuse. On tiendra compte de la déchéance progressive, de l'amaigrissement, de la pigmentation de la face que Gueneau de Mussy signalait avec insistance et qui doit se distinguer de ce qu'on observe dans la maladie d'Addison.

Chez les vieillards, les lésions pulmonaires échappent parfois, à cause de la difficulté de l'auscultation.

Cependant, la tuberculose intestinale peut aussi les atteindre, principalement sous forme de tuberculose diarrhéique commune.

Chez les enfants, elle se rencontre également accompagnée d'ascite ou de tuméfaction de la fosse iliaque droite. Cette tuméfaction de la fosse iliaque droite indique une typhlite ou une pérityphlite tuberculeuse qui existe parfois chez l'adulte et peut être prise pour un cancer du cœcum à forme diarrhéique.

La *marche* de la tuberculose intestinale à forme diarrhéique est lentement progressive. Elle peut s'interrompre brusquement sous l'influence d'une complication mortelle : hémorragie, perforation. Elle peut être contrariée par un processus réparateur : les ulcérations se cicatrisent.

Forme dysentérique. — C'est à Laveran et à Spillmann que nous devons la connaissance exacte de cette forme rare, dont les lésions correspondraient en partie à la colite diphtéritique de Lebert. Le mot *colite* ne convient pas puisque les altérations atteignent l'S iliaque et le rectum. Quant à l'épithète *diphtéritique*, elle créerait des confusions.

Un homme de 24 ans, observé par Laveran, n'offrant pas de signes bien nets de tuberculose

---

frères ennemis ; ils se haïssent, mais ils ont une conviction commune : c'est que leur fonction est éternelle comme la misère humaine.

Ils y sont soumis ainsi que les autres, sans doute ; et le savant le plus matérialiste comme vous et moi, quoi qu'il en dise, est inquiété par l'idée de la mort. Cependant, c'est une justice à rendre aux médecins, qu'ils sont, presque, sans exception, endurants et braves. Familiarisés avec le spectacle de la douleur et de l'agonie, ils contractent, au chevet des malades et des moribonds, une force d'âme, un stoïcisme, qui, chez beaucoup d'entre eux — il faut le dire à leur honneur — n'altère pourtant pas la pitié....

Rappelons-nous le sang-froid vraiment héroïque du grand Bichat, qui, avant de remonter son escalier et d'aller se mettre au lit, avec la certitude de ne plus jamais se relever, entre chez sa concierge, dont la petite fille était malade, examine l'enfant, écrit sa prescription et dit à la bonne femme :

« Je réponds de la petite. Allez maintenant chez le pharmacien ; mais, à titre de curiosité, faites-vous rendre et gardez cette ordonnance... *C'est la dernière de Bichat.* »

Ne trouvez-vous pas que Plutarque aurait goûté l'anecdote ?

Gardons toute notre estime aux médecins, et, parce que, dans la bohême scientifique, certains spécialistes mettent leur bistouri peu scrupuleux au service des belles Malthusiennes et risquent même quelques opérations prévues par le Code pénal, ne nous laissons pas entraîner par un mouvement fébrile de la presse et du public. N'oublions pas que, sauf un très petit nombre d'indignes et de tarés, le corps médical est composé de très honnêtes gens, comprenant et remplissant à merveille leur noble devoir, qui est de guérir quand c'est possible, de soulager très souvent, et, dans tous les cas, d'apporter toujours au malade un réconfort, une consolation, une espérance. Ils se comptent par milliers, ceux qui, dans cette belle profession, réalisent, chaque jour, un peu de socialisme pratique, faisant payer aux riches ce qu'ils donnent gratuitement aux pauvres, c'est-à-dire leur science, leur attention, leur travail, leur fatigue, leur renommée. D'autres vont plus loin encore. Non contents de soigner pour rien les malheureux, ils les aident de leurs aumônes, et je connais personnellement plusieurs praticiens, à qui leurs visites dans les galetas coûtent fort cher.

On s'est, en vérité, beaucoup trop monté la tête à propos de cette sanglante histoire de la rue de l'Arcade. S'il y a des coupables, qu'on fasse un exemple et qu'on prenne des précautions pour que de semblables horreurs ne se renouvellent pas. Mais, à entendre et à lire certaines déclamations, il semble que c'est à l'ovariotomie elle-même qu'on fait son procès. Encore une fois, s'il y a des excès et des crimes, qu'on les empêche et qu'on les punisse. Mais, contre les maladies spéciales de la femme,

pulmonaire, entre au Val-de-Grâce, pour une diarrhée tenace, le 25 novembre 1877. Il a le ventre un peu ballonné, douloureux à la pression, surtout au niveau des fosses iliaques; selles liquides et brunâtres, n'offrant ni les mucosités, ni le sang rouge, ni les anguillules de la dysenterie ; tous les soirs un accès fébrile. A partir du 20 janvier 1878, les symptômes s'aggravent : le malade est obligé de se lever toutes les 20 minutes, puis toutes les 10 minutes. Le 21 janvier il a des selles involontaires. Il succombe le 28 janvier. On trouve quelques granulations tuberculeuses disséminées dans les deux poumons.

L'épiploon est soudé à la paroi abdominale; le péritoine est semé de petites granulations saillantes; la fosse iliaque droite présente un foyer gangréneux dû sans doute à une perforation; le gros intestin ouvert et étalé présente des lésions anatomiques que *la simple vue ne saurait faire distinguer de celles de la dysenterie.* Muqueuse boursouflée, rouge sombre, présentant une série d'ulcérations à fond déchiqueté, noirâtre, mettant à nu la tunique musculeuse de l'intestin. La valvule iléo-cæcale ne peut être examinée, car elle forme avec les portions voisines un amas putrilagineux. Dans l'intestin grêle, il n'y a que quelques petites ulcérations arrondies.

La rectite ulcéreuse peut donner naissance à des désordres qui se rapprochent de ceux-là.

Forme coprostatique. — Signalée par les chirurgiens comme étant de leur ressort, cette forme est constituée par une lésion fibreuse sténosante absolument analogue au lupus tuberculeux de la face (Darier). Or, cette forme se manifeste par une constipation opiniâtre et ne peut être guérie que par la résection de la portion intestinale sténosée.

Sourdille a montré que la tuberculose sousmuqueuse du rectum pouvait être le point de départ d'un rétrécissement fibreux. Il faut donc admettre le *lupus rectal* de même que le lupus iléo-cæcal.

Lorsqu'on sera en présence d'une constipation par rétrécissement intestinal chez un malade soupçonné ou convaincu de tuberculose, il faudra rechercher si la constipation est primitive, ou si elle a été précédée de diarrhée. La chose paraît être d'une importance capitale au point de vue du diagnostic, du pronostic et des indications thérapeutiques.

A. *Coprostase primitive* : tuberculose scléreuse sténosante (lupus intestinal) ; ulcérations absentes ou discrètes ; processus fibreux localisé et, par conséquent, *s'il y a tumeur*, cette tumeur est opérable.

B. *Coprostase succédant à la diarrhée* : tuméfaction de la valvule iléo-cæcale (Klebs, Cornil), phlegmon diffus de la paroi cæcale (Duguet), sclérose sous-ulcérative (Corbin, Leude)t, sclérose du cæcum avec ulcérations et productions papillomateuses rappelant celles du cancer (Billroth, Pilliet, Hartmannt), R. Marie), sclérose du rectum (Sourdille), rétrécissements cicatriciels (Litten). Ici le processus scléreux est consécutif à l'ulcération ; il y a probablement encore des ulcérations multiples de l'intestin; la tuberculose est donc moins bien localisée que dans la variété précédente. *S'il y a tumeur*, les chances de succès opératoire sont moins grandes que si la coprostase n'avait pas été précédée de diarrhée.

Au point de vue du traitement de chacune de ces formes, on comprend aisément l'insuccès de nos remèdes lorsqu'il s'agit d'ulcérations innombrables, comme dans le cas de Rendu, ou de sténoses multiples, comme dans les faits de Litten et de Darier. En vain, prescrirons-nous l'opium, la morphine, le sous-nitrate de bismuth, l'acide lactique, le nitrate d'argent, les astringents, les lavements créosotés: la maladie suivra son cours.

En attendant la découverte d'une médication spécifique, c'est seulement contre les tubercu-

---

la chirurgie a fait et fait tous les jours des miracles, de véritables miracles. Que les hommes de mon âge s'en souviennent. Combien n'ont-ils pas vu, jadis, de pauvres créatures clouées, pour la vie, sur une chaise-longue, condamnées sans appel à toute une existence de langueur et d'immobilité? Cette infortune n'existe plus. A la femme, victime de son sexe, le chirurgien, pareil au thaumaturge antique, a dit enfin : « Lève-toi et marche. » Le bienfait est incontestable, et, parce que certains scélérats en abusent, il est insensé de le nier.

D'ailleurs, le mal n'est pas là. Il est dans nos mœurs, dans notre bégueulerie et dans nos fausses pudeurs de pharisiens ; il est dans la basse crainte des préjugés, dans les ignobles calculs d'argent que nous mêlons aux choses de l'amour, du mariage et de la famille. Jules Lemaître l'a dit, l'autre jour, excellemment, dans une page généreuse. Ne jetons plus les pierres du mépris à la fille-mère, devenons cléments pour la plus excusable des défaillances ; et il n'y aura plus de « faiseuses d'anges », ni d'avorteurs.

D'autre part, s'il se rencontre des chirurgiens — et non sans mérite — pour se livrer à des pratiques si coupables, la faute en est, n'en doutez pas, au déplorable encombrement des carrières libérales en France. La profession médicale est, certainement, une de celles qui compte le plus de déclassés. Dans chaque quartier de Paris, par exemple, il y a plusieurs médecins sans clientèle, pour ainsi dire, et qui ne gagnent pas leur pain.

Mais, je puis citer, sur les misères de la profession, un fait encore plus significatif.

Les règlements maritimes imposent la présence d'un médecin à bord de tout bâtiment dont l'équipage dépasse un certain chiffre — le chiffre vingt, si je ne me trompe. — Or, sur les bateaux qui sont dans ce cas et qui vont pêcher la morue dans les eaux de Terre-Neuve ou d'Islande, l'armateur, qui ne veut point payer une paire de bras inutiles, exige que le docteur, enrôlé pour la campagne, découpe et sale le poisson tout comme les autres matelots. Et, à Granville, à Paimpol et Fécamp, on trouve des médecins tant qu'on en veut, pour faire ce répugnant métier.

De cette pléthore de professions savantes, je ne puis rechercher la cause, dans cet article déjà trop long. Cependant, je crois qu'on la trouverait sans peine dans la folie scolaire et universitaire dont notre démocratie n'est pas près de se guérir. Tôt ou tard, j'en suis persuadé, il faudra modifier de fond en comble les lois de notre enseignement public.

Jusque-là, résignons-nous, pour ne parler que des médecins, à voir trop souvent, parmi eux, quelques fruits secs et quelques affamés faire de leur science un usage malfaisant et même criminel. Mais, encore une fois, gardons-nous de les confondre avec l'immense majorité du corps médical qui, j'aime à le répéter, remplit son rôle social avec autant de charité que de dévouement. — FRANÇOIS COPPÉE.

(*Le Journal.*)

loses localisées que nous luttons avec quelques chances de succès. Pour ce qui concerne l'intestin, il n'existe qu'un procédé héroïque : l'exérèse.

Avant de pratiquer la résection de l'anse malade, il faut ausculter les poumons, examiner les ganglions, analyser l'urine, rechercher dans les crachats et dans les déjections le bacille de Koch, se préoccuper des sueurs nocturnes et de la fièvre vespérale.

La constatation d'une tumeur de la fosse iliaque droite fournira de précieux renseignements au point de vue du siège de l'obstacle.

Plusieurs fois (Czerny, Billroth, Gussenbauer, Sachs) on avait admis le cancer du cæcum. Dans des cas de Péan, Reclus, Richelot, Broca, Tillaux, Czerny, Fink, le diagnostic de tuberculose du cæcum avait été précisé avant l'opération.

Les résultats publiés sont encourageants.

Les faits se multiplieront lorsqu'on aura appris à mieux connaître la *tuberculose fibreuse, sténosante, iléo-cæcale*, le *lupus de l'intestin*.

Les petits lavements médicamenteux.

MM. les Drs *Monteuuis*, de Dunkerque, et *Ollivier*, de Paris, recommandent chez les enfants l'usage des petits lavements médicamenteux et des suppositoires.

Il ne suffit pas de prescrire un médicament, il faut évidemment, pour que le malade guérisse, que le remède soit pris et absorbé. Dans la médecine des enfants, on se trouve, en effet, arrêté à chaque instant soit par les caprices du petit malade, soit par la faiblesse des parents, soit par d'autres causes, vomissements, estomac débile, etc. ; or, dans ces circonstances surtout, c'est à la médication rectale qu'il faut avoir recours ; l'avantage est d'autant plus grand que le rectum absorbe mieux que l'estomac, lequel est plutôt un organe de digestion qu'un organe d'absorption.

On pourrait citer de nombreux cas, dans lesquels ce moyen peut très bien avoir sauvé la vie des petits malades.

Quand il s'agit, par exemple, de la bronchopneumonie, de la coqueluche, on se trouve très bien de l'emploi de la créosote ; mais allez donc prescrire de la créosote à des enfants, surtout quand ils vomissent facilement et à chaque quinte de toux ? Bien plus, pour agir avec efficacité, il faut en donner des doses relativement considérables. Ces doses sont parfaitement bien supportées par le rectum : à un enfant d'un an, on donne une fois par jour dans une petite poire de 30 gr. bien pleine de lait, 10 à 12 gouttes de créosote de hêtre pure préalablement délayées dans le lait, auquel on ajoute 5 ou 6 gouttes de teinture de ratanhia pour empêcher le lavement d'être rendu. On réserve ainsi l'estomac pour de petites préparations toniques agréables à prendre, ou pour des substances qui calment les accès, comme l'analgésine. On obtient ainsi des guérisons surprenantes.

Le Dr Ollivier donne ainsi aux enfants par la voie rectale de l'ichthyol dans les bronchites, du chlorhydrate de quinine, de l'extrait mou de quinquina ou de kola et de la caféine dans les pneumonies graves ; tout peut être administré de cette manière et, en général, quand un enfant refuse une potion, on la lui fait prendre en lavement.

« Jusqu'ici, j'ai fait employer la simple poire en caoutchouc, d'une contenance de 30 à 40 grammes, dit M. Ollivier ; elle me paraît assez commode et elle est à la portée de tous. Pour éviter la reprise par la poire du liquide introduit dans le rectum, il suffit de recommander aux parents de retirer la canule en tenant toujours la poire aplatie, et, mieux, de leur montrer la manière d'opérer en donnant soi-même le premier lavement. Cependant, la seringue uréthrale doit avoir, dans certaines circonstances, de grands avantages.

Seulement, quand on ordonne un médicament très actif en lavement, il vaut mieux prescrire une dose un peu inférieure à celle que l'on donnerait par la bouche : l'absorption par l'intestin est plus rapide que par l'estomac ; ce dernier est encombré de liquides divers ; en outre, comme il est plus grand que le rectum, la solution médicamenteuse se trouve beaucoup plus diluée et l'absorption en est retardée.

Pour la quinine, en lavements, M. Monteuuis fait remarquer qu'elle produit assez souvent du ténesme rectal, et il déclare que l'on ne saurait encore en indiquer une formule précise.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Les moyens hémostatiques.

Toute hémorrhagie peut être arrêtée, à condition qu'elle ne soit pas inaccessible à nos moyens d'action et qu'elle ne soit pas foudroyante comme celle qui résulte de la rupture d'un anévrysme.

Pendant de longues années, on pourrait peut-être dire, de longs siècles, le plus vanté, et presque le seul employé, des hémostatiques a été le *perchlorure de fer*. Aujourd'hui, une réaction violente s'est produite contre le perchlorure de fer, et nous connaissons de nombreux chirurgiens et médecins, qui lui ont voué une haine féroce.

Il est évidemment excessif d'en arriver là et l'exagération dans les deux sens est mauvaise ; c'est à l'étude des différents moyens d'arrêter les hémorrhagies que nous voulons consacrer notre article d'aujourd'hui, et nous tâcherons de montrer avec la plus grande impartialité la valeur de chacun de ces moyens, même du perchlorure de fer, contre lequel nous n'avons pas d'idée préconçue.

I

MOYENS PHYSIQUES ET PROCÉDÉS HÉMOSTATIQUES.

Les deux moyens les plus simples pour essayer d'arrêter une hémorrhagie quelconque sont la *compression* et l'application des lois de *la pesanteur*.

1° La compression s'exerce soit directement sur le foyer de l'hémorrhagie, soit en deçà du courant sanguin sur la continuité du vaisseau principal qui fournit le sang, entre le cœur et la plaie, s'il s'agit d'une artère, entre la périphérie et la plaie, s'il s'agit d'une veine.

Pour les plaies veineuses et capillaires, la compression de la plaie suffit généralement pour

arrêter l'hémorrhagie. Pour les plaies et hémorrhagies artérielles, il faut comprimer le vaisseau entre le cœur et la plaie et profiter de cette compression pour avoir recours à un autre procédé hémostatique *la ligature* ou la *cautérisation.*

Pour réaliser la compression, deux moyens sont à notre disposition : le premier, intelligent, d'une surveillance facile, c'est la main ou les doigts du chirurgien qui restent appliqués patiemment sur le foyer à comprimer ; le second, aveugle, mécanique, c'est le tampon d'ouate ou de charpie stérilisée qui est maintenu en place par une bande bien serrée, ou la pince à forcipressure de Péan-Verneuil. Malheureusement, l'avantage du premier moyen est contrecarré par l'inconvénient immense de nécessiter une perte de temps considérable pour le chirurgien qui s'y dévoue.

Les hémorragies les plus justiciables de la compression sont : les *épistaxis* (compression de la narine qui saigne, pendant quinze à vingt minutes suivant la nécessité), les *hémorrhagies par plaies* accidentelles et chirurgicales sur les membres, la tête, le tronc, les *métrorrhagies graves* (compression de l'aorte abdominale).

2° L'application des lois de la pesanteur est tout simplement la position immédiate à donner au blessé atteint d'hémorrhagie, afin d'entraver temporairement le cours du sang par le fait de son propre poids.

En général, toute hémorrhagie abondante doit être traitée par le maintien du malade en position horizontale, sauf si l'hémorrhagie siège à la tête. Dans ce dernier cas, celle-ci doit être traitée par le relèvement de la tête au-dessus de la poitrine, au moyen d'un coussin. Pour les autres cas, il faut placer le malade horizontalement, afin d'éviter les syncopes et de ralentir le cours du sang. Quand il s'agit de plaies des membres inférieurs ou de l'abdomen d'hémorrhagies utérines ou vésicales, il faut placer un coussin sous les pieds de façon à élever les membres inférieurs au-dessus du niveau de la poitrine et de la tête, autrement dit, il faut placer la tête en bas.

Ces moyens fort simples ne suffisent pas toujours ; on peut alors essayer un 3e moyen : la *ligature élastique du membre* où siège l'hémorrhagie ; ce moyen ne peut être appliqué qu'aux hémorrhagies des membres.

Pour l'employer, on a recours soit à un lien élastique quelconque, bretelle, ceinture, jarretière, soit à la bande élastique d'Esmarck et on place ce lien à la racine même du membre. Ce procédé est un moyen hémostatique temporaire comme les deux précedents ; il permet de parer aux accidents immédiats de l'hémorrhagie et de se disposer à appliquer les moyens hémostatiques définitifs.

De ces derniers, le plus sûr et le plus scientifique est la *ligature directe* du vaisseau blessé et la suture de la plaie. La ligature n'est applicable qu'aux artères et aux veines d'un calibre suffisant ; elle ne peut être tentée sur les capillaires et les veinules, où elle n'aurait d'ailleurs aucune raison d'être faite. Cette opération de la ligature exige l'exécution de toutes les précautions antiseptiques en usage aujourd'hui : lavage des mains du chirurgien, stérilisation des instruments, catguts absolument aseptiques et même antiseptiques, sutures et pansements aseptiques rigoureux. Sans l'observation de ces précautions, on s'expose à l'infection de la blessure, à la désunion et au ramollissement du caillot obturateur, à sa putréfaction.

La ligature est appliquée :

1° Dans la plaie même, sur l'extrémité du vaisseau blessé, bout central si c'est une artère, bout périphérique, si c'est une veine, quelquefois même sur les deux extrémités du vaisseau saignant, pour éviter le retour de l'hémorrhagie par les voies collatérales.

2° Sur la continuité du vaisseau en deçà du courant sanguin, entre le cœur et la plaie s'il s'agit d'une artère, entre la périphérie et la plaie s'il s'agit d'une veine ; généralement les ligatures à distance ne s'exécutent que sur les artères volumineuses, conduites maîtresses d'une région, comme la carotide primitive, la sous-clavière ou l'axillaire, la fémorale, l'humérale. On emploie de préférence le catgut, mais on peut se servir de la soie phéniquée ou sublimée, parfaitement antiseptique qui s'enkyste et ne se résorbe pas comme le catgut.

3° Après la ligature directe, il existe un moyen moins compliqué d'assurer l'hémostase sur les vaisseaux, particulièrement sur les artères, c'est la *torsion* de l'extrémité qui saigne.

La torsion que l'on exécute avec des pinces est le mécanisme employé par la nature pour provoquer l'arrêt des hémorrhagies par arrachement d'un membre, par écrasement et par broiement, ainsi que des hémorrhagies de l'accouchement.

La torsion fait rétracter la tunique élastique de l'artère et les tuniques musculeuses de la veine et amène par ce mécanisme l'obturation de la lumière du vaisseau que contribue ensuite à parfaire le caillot cruorique.

4° Deux moyens physiques qui rendent encore d'immenses services, ce sont d'une part le froid excessif, d'autre part la grande chaleur.

La glace ou l'eau très froide réalise une rétraction immédiate des tuniques vasculaires et une vaso-constriction qui arrêtent presque instantanément l'hémorrhagie. Longtemps employé contre les hémorrhagies utérines et contre les épistaxis, ce moyen tend aujourd'hui à être abandonné. Il est facile de se rendre compte, en effet, qu'il n'y a pas de moyen hémostatique plus provisoire et plus fugace que le froid. Dès qu'il cesse, une vasodilatation se produit et le sang afflue avec violence, l'hémorrhagie reprend ; pour être vraiment efficace, il est donc nécessaire qu'on maintienne le froid en permanence pendant plusieurs heures au moins.

Tel n'est pas le résultat de l'application de la chaleur : la *cautérisation* par le fer rouge d'une part et *l'eau très chaude*, à 50 degrés, d'autre part. L'hémostase produite par ces moyens, est rapide, sûre et prolongée.

L'action de la grande chaleur est comme celle du grand froid, une vaso-constriction, mais cette vaso-constriction est stable et se maintient après la cessation du procédé hémostatique : personne n'ignore les merveilleux résultats que l'on obtient par le fer rouge, cautère, galvano-cautère, thermo-cautère Paquelin (opérations sans une goutte de sang dans dès régions très vasculaires) ; la cautérisation ignée arrête les épistaxis ; les hémorrhagies des plaies en nappe, les suin-

tements des fongosités tuberculeuses, épithéliomateuses, etc.

L'eau très chaude à 50° vient presque toujours à bout des métrorrhagies les plus formidables, et les gynécologistes n'auraient garde de la négliger, en présence des nombreuses causes d'hémorrhagie que l'on rencontre chez les femmes.

5° Pour terminer l'énumération des moyens hémostatiques physiques, il nous faut encore signaler les corps absorbants et spongieux qui, comme *l'amadou*, en particulier, présentent la propriété de faciliter la coagulation du sang et par suite, l'arrêt de l'hémorrhagie.

En général, il vaut mieux ne pas avoir recours à ces absorbants pour arrêter les hémorrhagies des plaies anfractueuses et des cavités.

Je ne parle pas de la *mousse*, de la *terre*, des *toiles d'araignée*, qu'on préconise encore dans les campagnes arriérées et qui, nous le savons, peuvent être des véhicules de germes du tétanos, sur les plaies, mais même de *l'amadou*, que l'on conserve généralement dans des tiroirs poussiéreux et qui transporte ensuite sur les plaies les germes les plus infectieux de la suppuration et de la putréfaction.

Comme absorbants à employer, nous recommandons plutôt l'*ouate hydrophile aseptique ou antiseptique* (tamponnements avec des chapelets de tampons d'ouate antiseptique), l'*ouate de tourbe*, en compression externe, l'*étoupe aseptisée* et les *éponges parfaitement antiseptiques* passées au permanganate, à l'acide sulfureux et à l'eau phéniquée au 40me.

II

MÉDICAMENTS HÉMOSTATIQUES.

Comme médicament simple hémostatique, nous devons signaler d'abord la glace, donnée en petits fragments minces, contre des hémorrhagies de l'estomac (hématémèses), et contre celles du poumon (hémoptysies).

Viennent ensuite l'*eau salée* (chlorure de sodium), l'eau *vinaigrée* ou acidulée avec l'acide acétique, l'*eau alcoolisée* ou l'alcool à 60° qui sont de médiocres hémostatiques. *Le tannin* et les astringents en général comme l'*alun* sont de bien meilleurs moyens pour obtenir l'hémostase. L'*eau de Tisserand* et l'*eau de Pagliari*, composées de sang-dragon, d'alun, de benjoin ou de térébenthine, agissent comme astringentes, voici la formule de l'eau de Pagliari :

Benjoin............ ..	250 grammes.
Alun..................	500 —
Eau....................	5 kilogr.

faire bouillir pendant 6 heures et filtrer.

Un excellent médicament hémostatique sous forme pulvérulente, c'est le *sous-nitrate de bismuth*; il arrête mécaniquement les hémorrhagies en nappe capillaires ; dans le même ordre d'idées, le *dermatol*, ou sous-gallate de bismuth, peut être utilement employé.

Le *nitrate d'argent* sous forme de crayon mitigé, est un puissant hémostatique, principalement applicable aux hémorrhagies artérielles provenant de fins rameaux, les épistaxis provenant de l'artériole de la cloison, par exemple.

Toutefois, nous n'avons jusqu'ici signalé que des hémostatiques fort infidèles et trop souvent insuffisants. Nous arrivons maintenant aux médicaments les plus actifs comme antihémorrhagiques : le *perchlorure de fer*, l'*antipyrine*, l'*antipyrine salolée*, la *ferripyrine*, l'*eau oxygénée*, l'*ergot de seigle et la sabine*.

1° Le perchlorure de fer s'emploie en solution concentrée marquant 30° au pèse-sel, comme topique externe, ou en gouttes comme astringent antihémorrhagique interne. Le gros inconvénient du perchlorure de fer est d'être assez caustique localement. Il faut l'employer avec ménagement et ne pas en imbiber de volumineux tampons comme nous avons vu faire quelquefois ; c'est avec un porte-ouate effilé qu'il faut toucher la plaie vasculaire, afin de localiser l'action du caustique comme s'il s'agissait d'un acide violent ou d'une pointe ignée. Avec cette réserve, le perchlorure de fer peut rendre de signalés services dans les hémorrhagies des fosses nasales, des plaies fongueuses et des tumeurs ulcérées.

A l'intérieur, on le prescrit à la dose de 0.25 centigrammes à 2 grammes en potion, en évitant l'adjonction de sirop de gomme, qui entraverait l'action du médicament. Le purpura hémorrhagique, le scorbut, les fièvres éruptives hémorrhagiques, les épistaxis constitutionnelles sont les principales hémorrhagies de cause interne contre lesquelles on donne habituellement ce médicament. Certains auteurs prétendent que le perchlorure de fer, en sa qualité de sel de fer, congestionne le système circulatoire et, par conséquent, favorise les hémorrhagies internes, au lieu de les empêcher. C'est là une vue théorique que ne confirme pas la pratique et que nous ne saurions admettre.

Avec le perchlorure de fer, nous citerons comme caustiques hémostatiques ne devant être employés que comme topiques purement locaux et appliqués avec grande circonspection, l'*acide chromique* et l'*acide sulfurique* dilués. L'acide sulfurique associé à l'alcool à 90°, dans les proportions de 100 pour 300, constitue l'*eau de Rabel* que l'on emploie à la dose de 2 à 3 grammes en gargarismes contre les stomatites et gingivites hémorrhagiques.

L'*antipyrine* en poudre ou en solution au 1/10 est un excellent hémostatique pour les plaies, les épistaxis, les gingivites, etc. Sous forme de mélange à parties égales avec le *salol* et fondue avec cette dernière substance à la chaleur, l'antipyrine devient encore plus puissante comme hémostatique. M. Labadie-Lagrave emploie ce mélange d'antipyrine salolée en attouchements dans les métrites fongueuses hémorrhagiques et en obtient d'excellents résultats hémostatiques ; il est indispensable de préparer ce mélange antipyrine salol extemporanément dans une éprouvette, sur une lampe à alcool, car le refroidissement détruit le mélange et en empêche l'action.

L'antipyrine se combine avec le perchlorure de fer et constitue alors un composé cristallisé qui se nomme la *ferripyrine*. Ce composé possède toutes les propriétés utiles de chacun des deux corps qui le constituent et n'en a pas les inconvénients ; il n'est pas caustique comme le perchlorure de fer ; nous ne saurions donc trop le recommander à nos confrères, en solution concentrée, comme merveilleux topique antihémorrhagique, d'une part, et à la dose de 0.25 centigrammes à un gramme à l'intérieur contre les diathèses hémorrhagiques et les hémorrhagies internes.

Récemment, nous avons relaté les excellents résultats obtenus par les gynécologistes contre les hémorrhagies utérines par l'emploi judicieux de l'*eau oxygénée* dont on imbibe des tampons d'ouate hydrophile.

Nous terminerons cette rapide revue par quelques mots sur le plus puissant hémostatique connu, l'*ergot de seigle*. L'ergot de seigle, dont on extrait l'*ergotine* et l'*ergotinine*, a la propriété de provoquer une énergique constriction de tous les muscles lisses et particulièrement des vaisseaux et de l'utérus. On emploie principalement l'ergotine en potion aux doses de 2, 4 et 6 grammes selon les besoins, et l'ergotinine en injections hypodermiques aux doses de 0,01, 0,02 et 0,05 centigr., contre les hémorrhagies violentes brusques, hémoptysies, anévrysmes rompus, hématémèses, épistaxis, métrorrhagies ; mais il est un précepte absolu qu'il faut toujours avoir présent à la mémoire quand on donne l'ergotine : l'*utérus doit être vide*. Dans aucun cas et sous aucun prétexte, il ne faut donner l'ergotine à une femme dont on n'a pu vérifier la vacuité utérine, car l'ergotine agit alors en contractant l'utérus et le fermant au point de broyer le contenu ou d'en rendre l'évacuation *impossible*.

Cependant, comme il ne faut jamais être trop absolu, il serait peut-être exagéré de dire que de très petites doses d'ergot ou d'ergotine empêchent l'accouchement ; le tout est d'avoir le tact nécessaire pour n'en administrer ni trop, ni trop peu et pas à contre-temps.

Dans les métrorrhagies de certaines métrites et ovarites congestives, M. le Dr Championnière obtient d'excellents résultats de l'administration par la voie stomacale de cinquante centigrammes *de poudre de sabine* en 24 heures. Le repos au lit est indispensable pendant l'application de ce traitement.

En résumé, les moyens hémostatiques ne peuvent être tous employés indifféremment et la plupart du temps, il faut en combiner plusieurs pour obtenir le résultat désiré.

Pour la chirurgie, rien ne vaut la ligature, mais souvent, la compression, la forcipressure et les cautérisations ignées seront seules applicables.

Pour les gynécologistes, l'eau très chaude, l'eau oxygénée, l'antipyrine salolée et l'ergotine seront les moyens héroïques en les combinant avec la position horizontale, tête basse.

Pour les médecins, la ferripyrine, l'ergotine, le perchlorure de fer, le tannin et les caustiques restent les plus sûrs moyens de lutter contre les hémorrhagies même abondantes.

Dr Paul Huguenin.

CLINIQUE RHINOLOGIQUE

L'empyème latent du sinus maxillaire.

Le sinus maxillaire ou antre d'Highmore est une vaste cavité presqu'entièrement close, creusée dans l'os maxillaire supérieur, répondant par ses différentes faces, à l'orbite, à la joue, à la paroi externe des fosses nasales, enfin à l'arcade dentaire supérieure correspondante.

Depuis une dizaine d'années, la pathologie de cet organe s'est considérablement développée et a pris en peu de temps une importance qu'on ne lui soupçonnait guère jusqu'alors. L'étude des suppurations des sinus de la face constitue, on peut bien le dire, une des plus heureuses conquêtes de la clinique rhinologique.

Les chirurgiens connaissaient, sous le nom d'empyème maxillaire, une affection rare, se traduisant par des signes extérieurs grossiers et manifestes. On attendait toujours, pour fixer ce diagnostic, l'apparition de l'ectasie de l'antre, du gonflement de la joue, de l'exophtalmie et il ne venait pas à l'esprit de soupçonner cette affection, en présence d'un malade évacuant quotidiennement son abcès dans le mouchoir. C'est par l'étude attentive de ces prétendus coryzas chroniques que l'on est arrivé à mettre en cause l'antre d'Highmore et à acquérir la certitude de son rôle pathologique, en ouvrant sa cavité.

Or, cet empyème latent est d'une extrême fréquence, comparé à la rareté de l'abcès chirurgical mentionné plus haut.

Bien souvent, il est vrai, le malade atteint de sinusite maxillaire est loin de penser à la nature de son affection. Il mouche et crache beaucoup depuis longtemps et il est d'accord avec le médecin pour attribuer ces phénomènes à un catarrhe naso-pharyngien chronique, contre lequel il dirige d'ailleurs une thérapeutique banale.

La symptomatologie de cette suppuration intra-osseuse comprend des troubles fonctionnels et des signes rhinologiques; mais nous désirons exclusivement insister sur les premiers, pour lesquels le malade consulte et qui méritent, par conséquent, toute l'attention du praticien.

On est frappé primitivement, par l'abondance de la sécrétion nasale, et si l'empyème n'atteint qu'un seul côté, cas assez fréquent, cette rhinorrhée présente l'important caractère d'être unilatérale : un malade, mouchant beaucoup et d'un seul côté, a bien des chances d'être atteint de sinusite.

L'antre maxillaire se vide peu à peu dans le courant de la journée, ou au contraire, il rejette son trop plein en deux ou trois fois et alors la quantité en est abondante. C'est du muco-pus sortant en paquets ou en grumeaux, souvent du pus véritable tachant le mouchoir, sauf le cas de mucocèle, où il s'agit d'expectoration muqueuse presque claire.

Après le sommeil de la nuit, les mucosités descendues, grâce au décubitus, sur le pharynx nasal, se dessèchent en partie, par le courant d'air respiratoire et sont rejetées le matin après des efforts de raclage, parfois très pénibles.

Le malade se plaint de mauvaise odeur, mais contrairement à l'ozène vrai, il est seul à la percevoir ; pour ceux qui l'entourent, elle est absolument inappréciable. Le pus est en effet, d'une fétidité extrême caractéristique dont on se rappelle longtemps lorsqu'on a assisté à l'évacuation d'un empyème après ouverture artificielle de la cavité d'Highmore. Cette cacosmie subjective tient au siège de l'orifice nasal de l'antre dans le méat moyen, au niveau de la zone olfactive et le patient « sent » presque constamment son sinus, mais particulièrement le matin au réveil, alors qu'il n'a pas été évacué.

Il est rare d'observer, comme nous l'avons

déjà dit, l'ectasie de l'organe avec douleur, gonflement de la joue, exophtalmie par distension de la paroi supérieure, les signes, en un mot, de l'abcès du sinus tel que les anciens auteurs le connaissaient.

Bien plus habituelles sont les complications, légères ou graves, infectieuses pour la plupart, engendrées par l'abondante production du pus. Elles égarent absolument le clinicien dans nombre de circonstances. Les unes sont dues à la propagation de l'inflammation et sont des lésions de voisinage, tels l'iritis, certaines dermatoses de la face, les périamygdalites, otites, l'érysipèle. D'autres portent sur des organes éloignés et sont le fait, en général de la métastase de l'infection. Des laryngo-bronchites, des affections gastro-intestinales, anorexie, diarrhées, des arthrites, des endocardites, quelquefois mortelles, ont pu prendre leur source dans un empyème de l'antre et on explique ces redoutables complications, en observant la grande quantité de pus qui tantôt séjourne dans la cavité osseuse, tantôt se répand sur les voies aériennes et digestives, où elles descendent naturellement.

En présence de cette série de complications et de symptômes, rhinorrhée souvent unilatérale, pus ou muco-pus en grumeaux, cacosmie subjective.... on doit rechercher les signes rhinoscopiques de l'abcès du sinus.

Et d'abord l'examen de l'arcade dentaire supérieure, s'il révèle de la carie des molaires correspondantes, sera une prévention affirmative, puisque c'est là une cause fréquente de l'affection.

Ensuite, l'examen de la fosse nasale permet de reconnaître les signes suivants :

Présence du pus et de grumeaux dans le méat moyen (où s'ouvre l'antre). On y rencontre communément des végétations polypoïdes et des polypes dus à l'action irritante de la sécrétion pathologique.

Le méat moyen, bien nettoyé avec une tige porte-coton, on prie le malade de pencher, durant quelques instants, la tête en avant, très en bas et du côté opposé. Un nouvel examen permet alors d'apercevoir, comme auparavant, du pus dans le méat moyen.

Signe d'Héryng basé sur l'éclairage par transparence des cavités de la face. Lorsqu'on introduit dans la bouche une petite lampe électrique, le malade étant placé dans une obscurité complète, à l'état normal, on voit, au-dessous des orbites, deux surfaces éclairées dues à la transparence des sinus. A l'état pathologique, la cavité de l'antre étant remplie de pus, cette transparence se modifie et les différences observées entre les deux côtés constituent des signes de présomptions en faveur de l'empyème. Nous ne faisons que signaler ces épreuves rhinoscopiques, dont l'étude nous entraînerait trop loin.

Les symptômes que nous venons de passer en revue, constituent un fort appoint pour le diagnostic d'abcès de l'antre, et lorsqu'ils sont réunis, une quasi certitude ; mais en réalité aucun n'est pathognomonique et en particulier bon nombre de ces signes se rencontrent dans l'empyème des autres cavités accessoires de la face, sinus frontaux, sphénoïdaux et cellules de l'ethmoïde.

Malgré tout, étant donné la plus grande fréquence de la suppuration maxillaire, on a de grandes chances, en présence de ces phénomènes, de trouver un abcès de ce sinus.

Pour en avoir la certitude, on ne doit pas hésiter à pratiquer une ponction exploratrice que l'on fait habituellement dans le méat inférieur. A cet effet, on introduit au-dessous du cornet inférieur, à deux ou trois centimètres de l'orifice des fosses nasales et aussi haut que possible, un trocart approprié que l'on enfonce par des mouvements de vrille au travers la paroi osseuse, assez mince en général pour se laisser traverser avec facilité.

Une fois dans l'antre, la pointe du trocart est retirée et avec un irrigateur quelconque, une poire anglaise par exemple, on lave la cavité osseuse. Le pus qui y est contenu, chassé par le liquide de l'injection, ressort dans les fosses nasales par l'ostium maxillaire et, de là, au dehors. A ce moment la preuve est faite et l'on peut voir et sentir le corps du délit.

Cette ponction est simple et inoffensive, et on doit la faire sans hésitation, le cas échéant.

Le diagnostic d'empyème de l'antre étant posé, quel sera le traitement à prescrire ?

Le seul rationnel est évidemment l'ouverture et le lavage de la cavité infectée. Dans les cas ordinaires, la meilleure voie à suivre est la voie alvéolaire, d'autant plus recommandable que la carie dentaire à ce niveau est une cause commune de l'empyème. Parfois il suffit d'extraire une molaire pour entrer directement dans le sinus. Souvent aussi, il est vrai, la paroi osseuse qui reste encore à trépaner est épaisse et dure. Alors, avec un tour à fraiser des dentistes ou un moteur quelconque, on pénétrera dans l'antre au niveau de la première grosse molaire correspondante ou d'une dent voisine.

Le traitement par la voie nasale ou par la fosse canine est beaucoup moins employé. Les lavages par l'ostium maxillaire sont rarement efficaces. Quant à la trépanation de la fosse canine, elle offre ce grand avantage de permettre une ouverture large, un curetage soigneux et sera réservée aux cas rebelles à l'ouverture alvéolaire.

Docteur P. Lacroix.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Assistance hospitalière et le secret professionnel.

La Société de médecine légale a approuvé à l'unanimité un rapport de M. Lefuel sur un travail de M. le Conseiller Muteau.

M. Muteau estime, contrairement à un arrêt consacré par la Cour de cassation du 8 décembre 1864, que les dispositions de l'article 378 du Code pénal doivent être étendues à ceux qui, sous la direction d'un médecin, sont appelés à soigner accidentellement un malade.

M. Muteau conclut en outre :

1° L'administration hospitalière est tenue au secret envers les père et mère d'un mineur admis dans ses services ;

2° Le décès de la personne hospitalisée ne dégage pas l'administration du secret professionnel ;

3° Un médecin qui, mandé près d'un malade

reconnaît les symptômes d'un empoisonnement que ne soupçonne point le patient, doit donner avis au parquet de l'attentat qu'il a découvert ;

4° Si le malade lui-même l'avait informé de l'empoisonnement et lui en avait déterminé l'auteur, il doit garder le secret, mais déplacer la victime ou lui assurer la surveillance d'une personne prévenue ;

5° Si l'empoisonneur, pris de remords après avoir avoué au médecin, lui amène soit chez lui, soit à l'hôpital, la personne qu'il a voulu faire périr, le médecin ne doit rien divulguer.

6° Un médecin qui constate par lui-même qu'un enfant a été l'objet de sévices, doit dénoncer ;

7° Si les parents conduisent eux-mêmes au médecin le mineur victime de leurs violences et confessent leurs brutalités, le secret leur est dû ;

8° Si une fille, sur laquelle ont été pratiquées des manœuvres abortives, recourt à un médecin, le silence est obligatoire ;

9° Si la victime fait connaître elle-même au médecin le nom de la personne qui a pratiqué ces manœuvres abortives, il ne peut le révéler ;

10° Le médecin qui, appelé par une femme qui a accouché clandestinement, la soupçonne d'avoir tué son enfant, ne doit pas faire part de ses doutes au parquet ;

11° Pour sauver un innocent, le médecin ne peut dénoncer le coupable ; mais il doit se poser en témoin à décharge et tout tenter pour prévenir une erreur judiciaire ;

12° Pour satisfaire à la fois aux règles tracées par le Code civil et aux principes que sauvegarde l'article 378 du Code pénal, les naissances doivent être déclarées ainsi :

Lorsque la révélation du lieu de l'accouchement peut conduire à la découverte du nom de la mère, le médecin, s'il n'a connu la filiation que dans des circonstances exceptionnelles de leur nature ou si le secret lui a été demandé, n'a pas à faire les énonciations prévues par l'art. 57 du Code civil. Il doit seulement affirmer à l'officier de l'état-civil, en lui présentant l'enfant, que ledit enfant, né tel jour, à telle heure et ayant reçu tels prénoms, est né dans la circonscription pour laquelle est compétent l'officier de l'état civil.

13° Pour l'aliénée, qui accouche dans un asile, le directeur est en droit, en déclarant la naissance, de taire le nom de la mère et le lieu de la naissance ;

14° Lorsqu'un crime, révélé par l'examen médical, est signalé à l'administration hospitalière, elle peut, ou le dénoncer elle-même au procureur de la République, ou laisser ce soin au médecin ayant fait la constatation ;

15° L'administration hospitalière (y compris les inspecteurs de l'Assistance publique) est obligée au silence sur tout ce qui doit être réputé confidentiel : communication des registres, nature des maladies, indication des services où elles sont traitées, etc. ;

16° Le chef du service ne peut pas refuser un certificat à la victime d'un accident, mais il ne doit pas en délivrer à un tiers ou à la justice, au cours d'une instance.

Le médecin chargé de vérifier les décès, accrédite les graves soupçons s'il n'accorde pas le permis d'inhumer. S'il le donne, il favorise le crime au détriment de la sécurité sociale. Entre deux fautes, M. Muteau l'engage à choisir la moindre. Il croit que l'obligation primant toutes les autres, est celle que l'art. 378 impose au confident légal.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles.

22 *Octobre* 1896.

Présents : MM. Giberton-Dubreuil, *Président*, Balp, Bourgeois, Cailleret, Callet, Christen, Darin, Debord, Ferey, de Fourmestraux, Gille, de Grissac, Groussin, Jeanne, Heliot, Lauth, Lecuyer, Ledermann, Le Menant des Chesnais, Licke, Martin, Pineau, Pannetier, Pluyaud, Raffegeau, Renous, Ribard, Rochefort, Rousseau, Surre.

Excusés : MM. Askinasis, Midrin, Pech, Peter, Toussaint, Vauthier.

Sont admis comme membres du Syndicat : MM. les Drs Surbled, *de Corbeil* ; Farraggi, *de Montesson* ; Rigabert, *de Marly-le-Roi* ; Poursin, *de Herblay* ; Dinan, *de Vigny* ; Maison, *du Vésinet.*

Questions intérieures.

Au sujet de l'époque de publication des procès-verbaux, il avait été précédemment demandé par notre confrère, le Dr Jeanne, que le procès-verbal fut imprimé et distribué le plus tôt possible après chaque séance, le Président demande à l'assemblée s'il ne vaudrait pas mieux qu'il ne le fût qu'après la séance suivante, afin que chacun pût, avant sa publication, faire les observations qu'il croirait utiles ; tel n'est pas l'avis des membres présents, qui déclarent s'en rapporter à la rédaction approuvée par le Bureau.

Une proposition plusieurs fois formulée déjà au sein du Syndicat et reprise, à la dernière séance, par le Dr Pineau, président sortant, est la suivante :

Etant donné que nous n'avons que deux séances par an, la durée d'une seule année pour la Présidence paraît trop courte pour la bonne étude des questions intéressant le Syndicat ; n'y aurait-il pas utilité à modifier les statuts à ce sujet ?

Cette proposition mise en discussion est rapidement résolue par un vote modifiant l'art. 12 des statuts de la manière suivante.

Le Bureau tout entier sera renouvelé tous les trois ans ; chaque membre peut être réélu.

Réponse à l'Union.

L'Union des Syndicats a exprimé le désir que chaque Syndicat émît son opinion sur les neuf questions suivantes :

1° *Le Bureau de l'Union peut-il accepter le rôle d'arbitre entre un Syndicat et un Syndiqué mécontent d'une décision de ce Syndicat.*

L'assemblée est d'avis que le Bureau de l'Union reste le grand arbitre des conflits qui pourraient survenir entre un Syndicat et l'un de ses membres.

2° *Rapports avec les sociétés de secours mutuels ; création des commissions mixtes pour régler ces rapports.*

Le Dr Bourgeois demande la parole pour protester contre l'insuffisance des 6 fr. par tête que paient aux médecins la plupart des sociétés de secours mutuels.

Cette question longuement étudiée, au Syndicat, il y a quelques années, ne peut être reprise aujourd'hui. Quant à celle des commissions mixtes, les avis restent très partagés.

Le Dr Jeanne est opposé à ces commissions, d'où, dit-il, les Syndicats sortiront toujours battus, parce que la plupart de ces Sociétés ne sont pas de bonne foi dans leurs rapports avec les médecins.

Le Dr Renous parle dans le même sens.

Le Dr de Fourmestraux, peu partisan des commissions mixtes, est surtout opposé à tout engagement au tarif annuel et regarde comme bien préférable la simple réduction du prix ordinaire de la visite.

Le Dr Razin, d'Etampes, au contraire est d'avis d'accepter les commissions mixtes. « Cette manière de faire, dit-il, a eu de bons résultats dans notre région. »

L'assemblée appelée à voter sur cette question reste divisée en deux parties à peu près égales.

3° *Assistance médicale gratuite, organisation et mode de rémunération des médecins.*

Le Syndicat n'a rien à formuler pour le moment à ce sujet.

4° *Hospitalité des malades aisés et riches dans les établissements d'assistance.*

L'assemblée se rallie tout entière à cette conclusion : Que les hôpitaux soient réservés aux pauvres.

5° *Projet de loi sur l'exercice de la Pharmacie : modifications et démarches à faire pour en obtenir l'adoption.*

Le Syndicat demande que le droit du médecin de fournir à la campagne des médicaments à ses malades, commence à partir de 4 kilomètres au lieu de 6.

6° *Les assurances sur les accidents.*

Le syndicat s'en occupe depuis longtemps et va exiger, d'abord, des Compagnies, dix francs pour les 2 certificats en dehors de tous soins. Les honoraires dus pour ces derniers seront l'objet d'une étude ultérieure.

7° *Les médecins étrangers, sanction législative des mesures prises par le Ministre de l'Instruction publique.*

Le délégué sera juge du sens dans lequel il devra voter au sujet de cette question, lors de sa discussion à l'Union des Syndicats.

8° *La médecine dans les régions frontières : examen des modifications indispensables aux conclusions du rapport de M. Gilbert Ballet, rapport approuvé par le Comité consultatif d'Hygiène.*

Cette question est spéciale aux Syndicats des frontières, et le nôtre n'a aucun avis à émettre à ce sujet.

9° *La création des médecins sanitaires : les conséquences qui en résultent pour les médecins des navires marchands et le corps médical tout entier. Atteinte portée aux prérogatives du diplôme de docteur en médecine.*

Le Dr Rochefort, ancien médecin de la marine ne croit pas que la création des médecins sanitaires soit préjudiciable au corps médical.

Au contraire elle doit lui être profitable et au public en même temps, au moins en ce qui concerne la marine marchande. Les Compagnies Navales manquent en général de bons médecins, et cela provient de leur mode de recrutement, du choix des sujets et de l'insuffisance des études de ces derniers. On cherche à relever ce niveau médical, et c'est pourquoi on demande un examen qui, plus que le simple concours, peut permettre d'atteindre ce but.

Le Dr de Grissac est nommé à l'unanimité délégué près de l'Union des Syndicats.

Compagnies d'Assurances contre les accidents.

Le président fait connaître à l'assemblée que la formule d'engagement vis-à-vis de ces Compagnies, adoptée par le Syndicat à sa dernière séance, n'a pas encore été soumise à la signature de tous ses membres, mais en circulant elle s'est en plus couverte d'un grand nombre de signatures de médecins non encore syndiqués. Ce qui peut prouver, même aux plus sceptiques, que chaque jour l'union des médecins pour la défense de leurs intérêts communs devient de plus en plus une réalité.

Assistance médicale gratuite.

La parole est ensuite donnée au Dr Le Menant des Chesnais au sujet d'un conflit existant entre lui et la commission de bienfaisance de Ville-d'Avray, à propos de la mise en pratique de la circulaire préfectorale sur le service médical gratuit.

Cette circulaire après avoir indiqué à l'art. IV comment doit être dressée la liste des pauvres, ajoute :

La liste ainsi dressée sera communiquée au médecin des pauvres, qui la renverra au maire pour qu'elle puisse être soumise, avec ses observations, pendant la session de novembre, au Conseil municipal, qui l'examinera, et votera, dans les conditions qui sont mentionnées ci-après, le montant de l'abonnement pris en charge par la commune, etc.

Lorsque la liste pour 1896 fut communiquée au Dr des Chesnais, il la renvoya au Maire avec ses observations au sujet de l'inscription dans cette liste officielle de deux alcooliques et d'un infirme qui, depuis un an avait été placés, par ses soins, dans une maison d'incurables, et par conséquent n'habitaient plus la commune.

Ce droit, ce devoir même du médecin de faire ses observations, conformément à la circulaire préfectorale, fut nié par un membre de la commission qui en entraîna trois autres, malgré les observations du Maire et de deux autres membres, à voter dans des termes violents un blâme au Dr des Chesnais.

Cet incident soulève une question dont la solution intéresse tous les médecins du service médical gratuit et comme la préfecture mise au courant de ce conflit paraît s'en être peu occupée jusqu'à ce jour, l'assemblée décide qu'une commission formée des membres du Bureau et du Dr de Fourmestraux, se rendra près de Monsieur le Préfet de Seine-et-Oise, afin que réparation soit donnée au Dr des Chesnais qui, dans la circonstance, n'a fait que se conformer au règlement.

Le Secrétaire, Dr LE MENANT DES CHESNAIS.

REPORTAGE MÉDICAL

Comité national français d'initiative et de propagande du XIe Congrès international de Médecine de Moscou. (19-26 août 1896). — Les Compagnies des chemins de fer français (Ouest, Nord, Paris-Lyon-Méditerranée, Est, Orléans), ont accordé une réduction de 50 % aux médecins français voulant assister au XIe Congrès international de Médecine qui aura lieu à Moscou du 19 au 26 août prochain.

Pour obtenir cette réduction, il est indispensable de se faire inscrire le plus rapidement possible aux bureaux du *Comité national français*, 14, boulevard Saint-Germain, Paris. Les bureaux sont ouverts de 9 heures du matin à 7 heures, sauf les jours fériés.

Le Secrétaire général,
Marcel Baudouin.

Récompenses. — Parmi les membres du Coucours qui ont obtenu des récompenses à l'Académie de Médecine et dont les noms ont été publiés dans le n° 1 de 1897, nous avons omis:

Service de la vaccine. — Médaille d'or, décernée à M. le docteur Delobel (de Noyon), et *Médaille d'argent*, décernée à M. le docteur Deschamps (de Montigny).

La peste à Bombay. — L'opinion publique commence à s'émouvoir du danger que fait courir à l'Europe le transit anglais par le canal de Suez en provenance de Bombay. Il est à désirer que la commission internationale prenne des mesures énergiques, surtout à la veille du pèlerinage de la Mecque, et que les résistances habituelles de l'intérêt britannique s'inclinent devant les nécessités de la sécurité européenne.

Les conférences de Lille. — La municipalité socialiste de la ville de Lille vient de décider la création de conférences publiques devant être faites par les professeurs de la Faculté de l'Etat, sur les matières suivantes :

1° Une question de l'hygiène du premier âge ;
2° L'alcoolisme dans le Nord ;
3° Etude chimique de l'alimentation ;
4° Physiologie alimentaire ;
5° Bactériologie ;
6° La lutte contre la tuberculose ;
7° Une question de l'histoire de la médecine.

Ces conférences devront avoir un caractère absolument populaire et rapporteront chacune à leur auteur la somme de 300 francs. Nous donnerons, plus tard, les noms des conférenciers et les jours et heures où ils feront les conférences dont ils se seront chargés.

— *Médecins et mutualistes en Belgique.* — On sait que le très distingué secrétaire du syndicat de Bruxelles a rappelé à la séance de l'Union des syndicats médicaux de France, le succès obtenu par nos confrères *imposant* leurs conditions aux sociétés mutuelles, comme le *Concours médical* le demande depuis deux ans. Aujourd'hui Liége suit le mouvement.

Le Referendum organisé par la Fédération liégeoise des syndicats médicaux est terminé. Sur 114 membres inscrits, 102 ont répondu. Le dépouillement des bulletins a donné les résultats suivants :

Sur la première question : Voulez-vous, oui ou non, la suppression du service médical des mutualités bourgeoises ? 97 médecins ont répondu affirmativement ; 4 négativement ; un a renvoyé un bulletin blanc.

Sur la deuxieme question : Voulez-vous, oui ou non, la suppression des mutualités mixtes ; en d'autres termes, l'exclusion de l'élément bourgeois du service médical des mutualités ? 98 oui — 1 non — 3 bulletins blancs.

Voulez-vous, oui ou non, le maintien du *statu quo* pour les sociétés mutuellistes ouvrières ? — 95 non — 4 oui — 3 bulletins blancs.

Le bureau de la Fédération, estimant qu'il y a lieu d'examiner, de commun accord avec les médecins mutuellistes, les *mesures exécutives* à prendre, a provoqué une réunion des confrères intéressés

— *Concours pour trois places de médecin des hôpitaux de Paris.* — Ce concours sera ouvert le lundi 22 février 1897, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria, 3.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 18 janvier 1897, et sera clos définitiment le vendredi 5 février, à trois heures.

— *Recensement des aliénés alcooliques.* — Le ministre de l'intérieur a ordonné de dresser des statistiques indiquant, pour chacune des cinq dernières années, le mouvement des aliénés en général et des aliénés alcooliques en particulier, dans tous les établissements affectés exclusivement ou non au traitement de l'aliénation mentale. On mentionnera le nombre total des malades admis, en distinguant le sexe, et en éliminant les malades transférés dans d'autres établissements ; on indiquera aussi le nombre des cas où l'alcoolisme a été considéré comme la cause prépondérante de la maladie.

— *Le retour de Pasteur à l'Institut.* — La translation des cendres de Pasteur, de la cha pelle de Notre-Dame où elles se trouvaient depuis le jour des funérailles de l'illustre savant, le 5 octobre 1895, à la crypte de l'Institut de la rue Dutot où elles doivent reposer définitivement, a eu lieu.

Cette crypte édifiée à Pasteur « par la piété de sa veuve et de ses enfants » est en porphyre bleuté de Suède et en mosaïques. La voûte est ornée d'attributs et de figures allégoriques. Quatre figures de Luc-Olivier Merson, représentant la Charité, la Science, la Foi et l'Espérance, décorent la coupole.

Des inscriptions sur les plaques de marbre énumèrent les découvertes de Pasteur.

Le sarcophage consiste en une table de marbre noir d'un seul bloc, sur laquelle se lisent ces deux dates : 1825-1895.

— *Ligue contre l'alcoolisme.* — Dimanche 13 décembre a eu lieu, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Brouardel, une réunion de la Ligue nationale contre l'alcoolisme.

M. Laborde a, par des expériences, prouvé les effets toxiques de l'alcool et des essences employées à la confection des apéritifs et de l'absinthe.

M. Legrain a parlé des effets de l'alcoolisme sur l'individu et sa descendance, et par des tableaux il a fait voir la progression effrayante de la consommation alcoolique et des conséquences qui en résultent.

M. Philbert a remercié au nom de la Ligue le président et les conférenciers. Il a fait ensuite appel aux auditeurs en leur demandant leur adhésion à la Ligue.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.145. — M. le docteur Cougnot, de Champleny (Nièvre), présenté par M. le docteur Valois, de Cosne.

N° 4.146. — M. le docteur Lavielle, de Dax (Landes), présenté par M. le docteur Jeanne, de Meulan (Seine-et-Oise).

N° 4.147. — M. le docteur Martin, de Sassenage (Isère), membre du Syndicat du Sud-Est (Grenoble).

Le Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 4 23 Janvier 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Pensions des Veuves et des Orphelins

Madame,

Nos confrères du Concours médical nous permettront, volontiers, une fois, par exception, de nous adresser, aujourd'hui, à leurs femmes et de venir plaider, auprès d'elles, une cause qui nous est d'autant plus chère qu'elle est leur propre cause et celle de leurs enfants.

Depuis 1879, Madame, nous avons fait bien des projets, poursuivi bien des buts. Aucun d'eux ne nous était inspiré par un autre sentiment que celui d'atténuer les soucis de nos confrères pères de famille, soucis qui sont aussi les vôtres, puisque vous les partagez avec votre mari.

Nous vous avons peut-être attristée, parfois, en exposant les misères de la profession à votre mari ; nous souhaitons qu'il vous en ait entretenu ; ou que, sans lire la partie médicale du Concours, qui ne vaut rien pour vous, vous ayez parcouru, de temps en temps, l'exposé des perspectives assez sombres que présente l'avenir. Il suffit, d'ailleurs, que vous vous soyez associée aux épreuves journalières, qui sont le lot du médecin et que vous ayez ressenti les si nombreux inconvénients de sa pénible carrière.

Que de fois avez-vous, pour lui et pour les vôtres, pensé aux éventualités de la maladie, à celles de la vieillesse, à celles aussi d'une mort prématurée.

Nous, de notre côté, si nous nous préoccupions des soucis de notre confrère, nous pensions aussi à sa femme et à ses enfants et lui disparu, nous voyions encore le foyer sans chaleur, la désolation accompagnée de la gêne, la déchéance possible de la famille, les filles sans dot, les fils sans profession.

Madame, nous avons voulu, avec persévérance, atténuer vos appréhensions. Nous nous sommes toujours placés dans la situation de tant de confrères qui, après avoir coûté à leurs familles de grosses sommes pour leur éducation médicale, se sont établis ayant en poche, pour à peu près tout avoir, leur diplôme et du courage. Dès que leur clientèle a été créée, ils ont songé à faire leur nid et, bien souvent, sans se laisser guider par des considérations de fortune, ils ont épousé une belle et brave enfant, qui leur a donné promptement, avec sa part de bonheur, de chers petits êtres dont le père et la mère étaient les seuls soutiens.

Eh bien, Madame, si vous êtes dans des conditions semblables ; même si vous attendez encore cette jeune famille, qui sera votre joie, mais aussi votre souci, permettez-nous de venir, aujourd'hui, vous confier le soin de fonder, de faire prospérer ensuite, une œuvre nouvelle du *Concours médical* qui, plus qu'aucune autre, touche les femmes et les enfants des médecins : la *Caisse des pensions de droit des veuves et des orphelins du Corps médical français*.

Laissez-nous faire un retour en arrière. Dans le programme des œuvres d'ensemble que nous nous proposons depuis si longtemps, nous avons envisagé d'abord le plus lointain avenir : celui où le médecin, arrivé à 60 ans, désireux d'un repos bien gagné, jouirait d'une retraite de 1.200 fr. ou de 2.400 fr. La *Caisse des pensions*, nous l'avons fondée en 1884, et en 1894 elle a commencé à délivrer

des pensions. Son capital dépassera bientôt 600.000 fr.

Nous avons conseillé en même temps, à nos confrères, l'*Assurance sur la vie* et nous leur en facilitions l'usage par la *Caisse de prévoyance des assurés sur la vie*, membres de notre Société.

Nous savions encore que les médecins, obligés au dévouement, par profession, dépassent souvent la limite naturelle de ce devoir et peuvent en devenir les victimes. Nous établissions alors la *Société de protection des victimes du devoir médical*, destinée à vous aider, vous et vos enfants, si votre mari se trouvait être un de ces héros du devoir qui honorent l'humanité. Si le capital de cette œuvre est modeste, elle trouve dans les membres de son Comité de patronage, des protecteurs bienveillants.

Il y a quatre ans, c'était enfin la *maladie*, ce spectre qui hante l'esprit d'un médecin soutien de famille ; qui hante aussi le cœur de la mère et la fait suivre d'un œil anxieux le cher compagnon de sa vie, partant la nuit, par tous les temps, pour se rendre au loin, au chevet d'un malade, parfois dangereux par son contact.

Ah ! madame, c'est pour nous tous, une bien grande satisfaction de savoir que si cette éventualité, si fréquente, de la maladie, venait s'abattre sur votre modeste demeure, chaque jour le tribut de la solidarité, *l'indemnité en cas de maladie*, au nom de *l'Association amicale* serait versée, par elle, entre vos mains, pour alléger vos charges et vos graves préoccupations.

Mais, en ces œuvres diverses, ce n'était pas vous et vos enfants à qui nous songions directement.

Votre cher mari, madame, parfois, quand un nuage obscurcissait ses traits, n'a pas voulu vous en dire la cause. Il est médecin et nul, mieux que lui, ne connaît la fragilité de l'existence. La perspective de la mort, bien souvent, s'est présentée à son esprit et alors, songeait-il, que deviendront, sans appui, avec un patrimoine insuffisant, les êtres qui ne vivent que par lui et auxquels il voudrait, au moins, épargner les affres du besoin, du délaissement, quelquefois de la misère noire ?

Ah ! Madame, si vous le vouliez avec une ferme volonté, et au prix de bien petits sacrifices, il dépendrait de vous de lui rendre, en partie, cette tranquillité d'esprit dont il a tant besoin, dans l'exercice de son pénible ministère, qui nécessite, plus qu'aucun autre, le calme et l'entière possession de ses facultés. Il suffirait de lui dire : cette prime annuelle à verser à la *Caisse des pensions des veuves et des orphelins*, ces 10 à 15 sous par jour, qui assureront, si votre mari vient à mourir, à votre petite famille et à vous, les 600 fr. de la pension, je me charge de les économiser, de les trouver à l'échéance, et cela sans, pour ainsi dire, que vous vous en aperceviez, par un de ces prodiges d'économie qui sont l'honneur des femmes de notre pays, qui font la richesse et la puissance de la France.

Soyez assurée, Madame, que si vous lui teniez ce langage, notre confrère, rasséréné, redoublerait pour vous d'attentions et conserverait au fond du cœur le souvenir ineffaçable de votre dévouement. Et alors, plus tranquille, il lui suffirait d'un bien petit surplus d'activité pour faire rentrer dans le budget familial, la cotisation indispensable, sans que vous ayez à imposer une privation sensible aux vôtres et à vous.

Madame, nous souhaiterions, alors, que votre sacrifice d'argent fût absolument perdu ; qu'il s'en allât soulager d'autres veuves, d'autres enfants de confrères et que votre mari et vous, la main dans la main, vous poursuiviez ensemble le cours d'une longue carrière et fondiez ainsi une famille médicale prospère.

Il vous faut donc persuader à notre confrère, Madame, que le paiement de la prime annuelle, pour la pension, est en votre pouvoir ; que vous désirez vous imposer la tâche de la trouver ; qu'il n'en aura pas le souci ; que, par exemple, ce traitement fixe qu'il touche de tel service public, sera réservé à cette destination et si, ce dont nous avons peine à douter, vous parvenez à le convaincre, c'est à lui surtout que vous aurez rendu service, en atténuant un de ces chagrins qu'il cache au plus profond de son cœur. Viendra ensuite le jour où, quand les souscripteurs seront nombreux, vous pourrez verser pour la pension de 1200 fr.

Nous ne saurions trop appeler votre attention sur ce fait que, pour diminuer la cotisation à verser, chaque année, on a tenu compte des *abandons de sommes versées, au profit de la Caisse*, dans diverses circonstances prévues par les Statuts. Ces abandons pourraient vous paraître injustes ; mais il n'en est rien, quand vous réfléchirez qu'ils sont imposés par la nécessité où la Caisse se trouvera, de verser, à de jeunes veuves, u e pension pendant un demi-siècle et qu'on doit, dans ce but, faire des *réserves* énormes et indispensables à l'œuvre. Où les prendrait-on, si on restituait les sommes versées, par exemple, par le médecin dont la femme meurt avant lui !

Madame, permettez-nous de vous faire remarquer que, si les chiffres de nos œuvres sont modestes, c'est parce qu'elles ne sont conçues que pour les situations médicales étroites et que si nous convions aussi à y prendre part nos confrères fortunés, c'est pour qu'ils puissent, tout en faisant une excellente affaire, donner aussi une preuve de l'esprit de solidarité qui doit les animer,

envers leurs collègues moins fortunés. Plus le nombre des ahérents sera grand, plus l'œuvre sera prospère.

Vous aurez donc une autre tâche, un autre devoir : amener à l'œuvre d'autres femmes de médecins.

Nous avons une correspondance journalière avec vos maris ; pour cette organisation qui vous touche, nous serions très enchantés de recevoir vos observations : vos réflexions, ne pourraient que nous servir et nous encourager.

Nous terminons en vous demandant, Madame de considérer, vous aussi, le Concours médical comme une seconde famille, une famille aimée, que votre mari peut aider puissamment, dont il peut consolider les liens et assurer la durée, pour le bien de tous ses membres.

A. Cézilly.

La Caisse des pensions de droit des veuves et des orphelins du Corps médical.

Dans sa séance du 22 décembre 1896, le Conseil de direction a examiné les bases sur lesquelles pourrait être créée la *Caisse des veuves et des orphelins du Corps médical*, dont le principe avait été voté par la dernière Assemblée Générale des membres de la Société civile du Concours médical.

Il n'avait pas à s'occuper des détails d'administration qui sont communs à toutes les Sociétés du même genre, à ceux contenus dans les statuts de l'*Association amicale* ou de la *Caisse des Pensions de retraite* ; mais il fallait examiner les points propres à l'œuvre nouvelle, afin de pouvoir provoquer immédiatement les adhésions.

Les statuts seront votés par les adhérents lorsque leur nombre sera suffisant pour qu'on passe à la période d'action ; mais pour recueillir les adhésions il fallait indiquer les grands traits de l'œuvre, les principes dont il est impossible de s'écarter d'une manière sensible.

Nous présentons l'œuvre complète à nos confrères et nous leur disons : elle est acceptable, utile, pratique, donnez votre adhésion ; — ultérieurement vous en discuterez les détails. Mais il faut, dès maintenant, donner *votre adhésion ferme*, car vous comprenez les inconvénients qu'il y aurait à adhérer d'une manière irréfléchie, pour se retirer quand le moment d'agir sera venu.

Nous nous sommes inspirés surtout du travail de M. Léon Marie, actuaire, nous bornant à compléter, sur quelques points, les idées générales qu'il avait émises, et sur la mise en pratique desquels il ne pouvait insister.

Voici les points que nous avons arrêtés ; nous les avons divisés en plusieurs chapitres, pour plus de facilité. Nous sollicitons d'ailleurs, les observations de nos confrères, tout disposés à en tenir compte dans la mesure du possible.

Le Conseil de Direction.

I.

Admissions.

1° La Caisse est ouverte à tous les médecins Français mariés, en faveur de leurs femmes, s'ils viennent à mourir les premiers ou de leurs enfants s'ils les laissent orphelins.

Elle pourra aussi être ouverte aux médecins Français célibataires, en faveur de leur mère ou de leur sœur, si celle-ci n'est pas mariée et habite avec eux.

2° Les admissions sont prononcées par le Conseil d'Administration, dans ses réunions ordinaires de juin et décembre, pour partir du 1er juillet au 1er janvier suivants.

3° Pour être admis à entrer dans l'Association, les postulants doivent fournir.

Leur acte de mariage, (extrait fourni par l'état civil ou Livret de famille).

Leur acte de naissance, (extrait fourni par l'état civil).

L'acte de naissance de leur femme, (extrait fourni par l'état civil).

4° Ils doivent présenter, en outre, un certificat de santé, après avoir subi un examen médical devant un confrère qui leur sera indiqué par le Conseil d'Administration.

5° La limite de l'âge d'entrée dans l'Association est fixée à 55 ans.

II.

Cotisations.

6° Les cotisations se versent en une seule fois et d'avance, au mois de *janvier* de chaque année.

Le Conseil d'Administration pourra autoriser un sociétaire à verser sa cotisation en deux termes égaux ; celle-ci sera alors augmentée des intérêts à 4 %.

7° Les sociétaires, admis en juillet, paieront immédiatement la demi-cotisation, pour rentrer au 1er janvier suivant dans la règle énoncée ci-dessus.

8° Les cotisations annuelles peuvent être remplacées par un versement unique, opéré au moment de l'entrée dans la Société.

9° Le montant des cotisations annuelles est fixé d'après le tableau suivant :

Ages du mari	Ages de la femme	Cotisations :	
30 ans	28 ans.... .	146 fr.	par an
	27 —......	150	—
	26 —......	154	—
	25 —......	158	—
	24 —......	163	—
	23 —......	167	—
	22 —......	172	—
	21 —......	176	—
	20 —......	180	—
35 ans	30 ans......	177	—
	28 —......	187	—
	25 —.	192	—
	22 —......	217	—
40 ans	38 ans......	180	—
	35 —.. ...	199	—
	33 —... ..	211	—
	32 —......	218	—
	30 —......	221	—

Ages du mari	de la femme	Cotisations :
45 ans	40 ans......	226 —
	38 —	242 —
	35 —	265 —

Il est impossible d'indiquer, ici, tous les âges : nous en donnons seulement quelques-uns, comme exemple et pour permettre d'apprécier les sacrifices annuels demandés.

Le tableau complet est dressé et les chiffres exacts communiqués aux intéressés qui en feront la demande.

10° Le montant de la cotisation unique versé à l'entrée dans la Société, est fixé d'après le tableau suivant :

Ages du mari	de la femme	Cotisations uniques. francs.
30 ans	28 ans..........	2.526
	27 —..........	2.615
	26 —..........	2.705
	25 —..........	2.795
	24 —..........	2.884
	23 —..........	2.972
	22 —..........	3.060
	21 —..........	3.147
	20 —..........	3.233
35 ans	30 ans..........	2.874
	28 —..........	3.080
	25 —..........	3.391
	22 —..........	3.692
40 ans	38 ans..........	2.601
	35 —..........	2.945
	33 —..........	3.179
	32 —..........	3.297
	30 —..........	3.533
45 ans	40 —..........	2.995
	38 —..........	3.259
	35 —..........	3.637

Ces chiffres sont ceux qui ont été précédemment publiés dans le n° du 17 octobre 1896 augmentés de 5 % en vue des frais prévus pour l'administration, les inventaires quinquennaux, etc...

12° Lorsque le nombre des sociétaires aura atteint un chiffre à déterminer ultérieurement, l'Assemblée Générale pourra autoriser le versement de *cotisation double* pour l'assurance de *pension double.*

Quel que soit le nombre des sociétaires, il sera toujours possible de verser une demi-cotisation pour l'assurance d'une demi-pension.

III.

Pensions.

13° La pension à laquelle donnent droit les versements ci-dessus indiqués, est fixée à 600 *fr.*

14° Le droit à cette pension, pour la veuve, part du lendemain du décès de son mari.

15° La pension se paie en deux fractions semestrielles égales au 1er janvier et au 1er juillet de chaque année.

16° Elle se paie sur le vu d'un certificat de vie délivré par l'autorité administrative.

17° Le droit à la pension cesse le jour où la bénéficiaire décède à son tour.

Il cesse également si elle contracte un nouveau mariage.

18° Les mêmes règles sont applicables à la pension servie aux orphelins : le droit commence, pour eux, le lendemain du décès de leur mère. Il cesse dès qu'ils atteignent l'âge de 18 ans, sans qu'il y ait reversibilité sur leurs frères ou sœurs moins âgés.

19° Le total des pensions servies aux orphelins ne peut excéder 600 francs pour chaque famille, ni un maximum de 300 francs par tête.

Les pensions annuelles seront donc par tête de :
300 fr. pour un ou deux orphelins
200 fr. pour trois orphelins
150 fr. pour quatre orphelins
120 fr. pour cinq orphelins et ainsi de suite.

IV

Suppression ou modification du droit à la pension.

20° Le sociétaire n'entre en possession de ses droits qu'une année révolue après son admission et dans tous les cas, après le paiement de sa seconde cotisation annuelle.

S'il meurt avant ce délai, les sommes versées par lui sont acquises à la Société.

21° Tout retard dans le paiement de la cotisation, supérieur à un mois, entraîne la suppression des droits du sociétaire.

Il ne les recouvre qu'après s'être libéré de la somme due, augmentée des intérêts à 4 %.

22° Si le sociétaire, suspendu de ses droits par suite du retard dans le paiement de ses cotisations, vient à mourir avant d'avoir versé à la caisse cinq cotisations annuelles au moins, les cotisations versées restent la propriété de la Société; aucune pension n'est versée à la veuve ni aux orphelins qui ne peuvent exercer aucune répétition.

23° Si le sociétaire suspendu meurt après avoir versé cinq cotisations au moins, le chiffre de la pension est réduit dans le rapport du nombre des cotisations versées au nombre de celles qui auraient été versées par le plus âgé des deux conjoints, s'il avait atteint l'âge de cent ans.

« Par exemple le mari est âgé de 40 ans et la femme de 35 ans à l'entrée dans la Société ; ils paient huit cotisations puis cessent de verser. Le mari meurt : il aurait dû verser 60 cotisations, il n'en a versé que 8, la pension sera donc réduite aux 8/60, soit (à raison de 600 fr. chiffre de la pension) à 80 francs.

Le mari ayant 45 ans et cessant de verser après 12 années, la pension serait réduite aux 12/55 et ainsi de suite. »

24° Toute tentative de fraude, toute déclaration fausse ou inexacte, pouvant causer un préjudice grave à la Société, entraîne de droit l'exclusion de la Société.

Les sommes versées lui restent acquises sans que le sociétaire, sa veuve ou ses orphelins puissent exercer aucune répétition.

25° Tout associé qui devient veuf, cesse, *ipso facto*, de participer à la caisse. Les sommes versées par lui sont acquises à cette dernière, sans qu'il puisse exercer aucune répétition.

Il n'y pourra participer à nouveau, le cas échéant, que dans les conditions d'une admission nouvelle.

FORMULE D'ADHÉSION

Je soussigné Dr ______________ né à ______________ le ______________
déclare adhérer à la Caisse des pensions de droit des Veuves et Orphelins du Corps médical français et m'engage à payer les cotisations afférentes à mon âge et à celui de Mme ______________ ma ______________, que je déclare être née à ______________ le ______________, afin que ladite dame et mes enfants nés ou à naître jouissent de la ______________ pension prévue par les statuts de la Caisse.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les corps étrangers de l'œsophage et des fosses nasales.

La radioscopie de Roentgen vient encore d'être appliquée à un cas de corps étranger de l'œsophage chez une enfant qui avait avalé un sou. La pièce, reproduite par la photographie à travers les parois thoraciques, a pu être retrouvée d'une manière précise au-dessus d'un des rétrécissements normaux du canal œsophagien. Il est vrai que, comme nous l'avons montré récemment, une opération d'extraction serait la plupart du temps inutile et vaine. La nature se charge généralement bien de l'expulsion, à condition qu'on ait de la patience, car cette expulsion peut demander des mois et parfois des années. M. Petit, d'Aubignon, nous communique un nouvel exemple de déglutition d'une pièce de 1 franc par un enfant, suivie de l'évacuation naturelle de la pièce au bout de 4 mois.

A ce propos, M. Petit nous prie de publier le procédé simple qu'il recommande pour extraire les corps étrangers des fosses nasales, en particulier les haricots ou les boutons de bottines qui sont presqu'impossibles à saisir avec des pinces.

« Je fais tenir l'enfant assis sur une personne qui lui saisit les mains et les jambes. D'une main je pince les deux lèvres et de l'autre je presse la narine opposée ; l'enfant se met en colère fait de violents efforts et le corps étranger est lancé dans l'espace. »

Le salicylate de quinine.

M. le Dr *Henry Duchenne*, de Sainte-Anne d'Auray, nous communique un intéressant travail sur le salicylate de quinine qui vient fort à propos compléter le dernier article du Dr Huguenin sur les salicylates en général.

Le salicylate de quinine, formé de deux antipyrétiques puissants, devrait, semble-t-il, emprunter, à cette origine même, des propriétés spéciales pour le traitement de plus d'une affection fébrile.

Et, en effet, à condition que le rein soit indemne, il remplace et au-delà dans la plupart des pyrexies, son congénère, le sulfate de quinine.

Mais où son emploi nous semble pleinement justifié, c'est dans la cure des rhumatismes aigus et des névralgies récentes, notamment dans celle de la sciatique.

Ce produit nous paraît le spécifique de rhumatisme articulaire aigu et de la sciatique névralgique.

Nous n'en voulons pour témoignage que les observations suivantes :

A. *Rhumatisme articulaire aigu.*

Observation I. — M. L. R.., à Sainte-Anne (Morbihan), 38 ans, fatigué depuis longtemps par un travail intellectuel forcé, a éprouvé quelques douleurs erratiques, un peu de fièvre, suivie d'une brusque localisation rhumatismale dans l'épaule gauche. La douleur a été le symptôme dominant : elle a été cruelle durant la première nuit de l'attaque, le moindre mouvement l'a exaspérée et le malade, très courageux d'ordinaire, l'a qualifiée de torture horrible. Lorsque nous examinons la jointure, nous constatons qu'elle est le siège d'une fluxion blanche, le tissu péri-articulaire est pris, les tendons d'insertion des muscles également ; il y a impotence du bras, parésie rhumatismale. Nous administrons le salicylate de quinine, le rein étant indemne, à dose de un gramme par jour en 2 fois, matin et soir ; badigeonnages à la teinture d'iode. La nuit suivante est très calme, *et la douleur cède dès la première journée*, le traitement dure 4 jours au bout desquels la parésie est notablement diminuée. Il n'en reste plus trace au bout de la semaine. A noter qu'une attaque de rhumatisme est ordinairement polyarticulaire et dure de 2 à plusieurs semaines. A part quelques légers bourdonnements d'oreilles, le salicylate a été très bien supporté par ce malade de résistance moyenne (1896).

B. *Sciatique.* — Nous citerons seulement 4 cas.

Oservation I. — Mil.., 50 ans environ, cultivateur à B... (Manche). Rien de particulier dans sa santé jusqu'à cette atteinte. Douleur sur le trajet du sciatique gauche, très exagérée dans la flexion de la cuisse, et par la pression aux points fessiers fémoraux, malléolaire externe. Administration du salicylate de quinine en pilules à 0,10. Six par jour entre les repas. Vésicatoire morphiné à l'émergence du sciatique. Guérison en quelques jours (5 à 6). Le résultat est assez marqué pour qu'un voisin, objet de l'observation suivante, atteint de la même affection se mette de lui-même au traitement ci-dessus.

Observation II. — Ing..., 50 ans, cultivateur à B... (Manche). A déjà subi quelques atteintes de « douleurs ». Il présente une sensibilité très exagérée le long du sciatique gauche, exacerbation la nuit, la flexion de la cuisse est très douloureuse, les points classiques très sensibles; salicylate de quinine en pilules (0,60) et vésicatoire morphiné. Guérison en 8 à 10 jours.

Observation III. — M..., 40 ans, gendarme à Sainte-Anne (Morbihan). A la suite d'un refroidissement, double sciatique. Sujet depuis quelques années à des rhumatismes, lumbagos, etc. Salicylate de quinine en potion, 0.75 par jour. Sinapisation à l'émergence des sciatiques. Guérison en 4 à 5 jours.

Observation IV. — Dr.., 50 ans, cultivateur à G... en Grand Ch.... (Morbihan), sciatique gauche classique, fourmillements dans le pied, douleur dans la flexion de la cuisse, points classiques, fémoraux, fessier, malléolaire. Salicylate de quinine en paquets 0,75 à 0,80 par jour, et vésicatoire morphiné. Guérison en une huitaine de jours, etc.

Il s'agit, on le voit, de rhumatisme articulaire aigu et de sciatique névralgique incontestables. Le salicylate de quinine employé avec divers révulsifs a donné dans tous ces cas et dans tous ceux de notre pratique, semblables à ceux-ci, des résultats très satisfaisants.

Il a été toujours beaucoup mieux toléré que le salicylate de soude auquel nous avons dû renoncer, de bonne heure, à cause de ses effets cérébraux, effets qui n'étaient pas sans incommoder fortement les malades et qui gênaient considérablement l'action du médecin (1).

Traitement de la trichophytie par l'aldéhyde formique.

Nous avons déjà longuement entretenu nos lecteurs de la puissance parasiticide de l'aldéhyde formique ; nous ne saurions passer sous silence une nouvelle application de ce puissant antiseptique à la teigne tondante, indiquée par le Dr *Salter* dans la *Médecine moderne* et l'*Abeille médicale*. Voici l'exposé de la technique : La préparation employée était la solution de formaldéhyde à 40 %.

Après avoir au préalable rasé les cheveux autour des plaques, le liquide était énergiquement frotté quatre fois, pendant dix minutes, à deux jours d'intervalle, avec une brosse ou un tampon de linge. Chez quelques-uns, l'application du remède eut lieu pendant quatre jours consécutifs. Parmi les quarante cas, cinq exigèrent un nouveau brossage, à cause de l'indocilité des enfants. L'âge des malades allait de 4 à 12 ans. L'étendue du mal variait depuis une petite plaque nettement localisée jusqu'à des surfaces telles que le cuir chevelu en entier était pour ainsi dire atteint. L'examen microscopique précédait toujours le traitement : il était renouvelé avant de déclarer le sujet guéri.

(1) A la campagne, en Normandie, chez une race de clients défiants par excellence, le malade crie à l'empoisonnement sous l'influence d'une dose inférieure à 4 grammes ; avec le salicylate de quinine actif à des doses beaucoup moindres (on ne dépasse pas un gramme) on n'a jamais eu aucun reproche de ce genre.

La formaline, appliquée de cette façon, cause un malaise, une irritation qui passe vite, plutôt qu'une douleur et ne provoque pas de vésicules sur le crâne comme elle le ferait ailleurs sur la peau. En trois cas seulement, il y eut une légère irritation suppurative qui ne détruisit pas de follicules. La formaline produit cependant une croûte épaisse, de même que les solutions affaiblies produisent une desquamation sur la peau du bras ; aussi l'application consécutive d'un émollient est-elle à conseiller, pour accélérer la chute de l'exsudation. La pousse d'une chevelure saine commence immédiatement et, en trois ou quatre semaines, la dénudation se recouvre de poils de 4 millimètres de long.

Six fois, un œdème de la face survint quelques heures après l'application du médicament. Un petit garçon l'eut à tel point que les paupières en étaient complètement fermées et que l'œdème était aussi très marqué sur le front. Cependant, les téguments n'étaient ni rouges ni chauds, il y avait absence de douleur et de troubles généraux. L'œdème survenait uniquement quand la surface traitée était très étendue ; c'était une sorte d'érythème ortié.

Traitement du lupus par les injections de naphtol camphré.

M. *Moty* a publié dans le *Bulletin médical du Nord*, une nouvelle méthode de traitement du lupus qui mérite d'être expérimentée.

Ce traitement est particulièrement indiqué dans le lupus non ulcéré et à nodules de moyen volume ; si le lupus est ulcéré et fongueux, il faut faire précéder les injections d'un curettage et d'un pansement naphtolé.

Le mélange à employer est de deux parties de camphre pour une partie de naphtol ; on fait les injections de la façon suivante :

On rend la peau aseptique par un lavage avec une solution de sublimé à 4 ‰, et on porte au centre des nodules une demi-goutte du liquide avec une seringue de Pravaz ; on fait trois à quatre piqûres par séance ; on laisse entre chaque séance un intervalle de quatre à huit jours.

C'est un procédé simple, indolent, qui permet au malade de vaquer à ses occupations et à la portée de tous les praticiens. La guérison est obtenue au bout de deux à quatre mois dans les cas légers ; elle se maintient plus longtemps qu'avec les autres modes de traitement, curettage et cautérisation. Il est utile de lui associer l'administration de l'huile de foie de morue créosotée.

PRATIQUE OBSTÉTRICALE

L'éclampsie puerpérale.

L'éclampsie puerpérale est une manifestation convulsive de la toxémie chez les femmes enceintes, ou récemment accouchées. M. Pinard préfère donner à ce cortège symptomatique le nom d'accès éclamptiques qui n'implique pas l'idée d'une maladie spéciale bien caractérisée.

Les accès éclamptiques sont constitués par des convulsions toniques et cloniques s'accompagnant de perte de la sensibilité et de l'intelligence, avec ou sans élévation de température (Lepage).

La fréquence de cette redoutable complication est beaucoup plus grande qu'on ne le croit, surtout chez les primipares ; en moyenne, il y en a 1 cas sur 300 accouchements ; Pinard en a même vu 1 cas sur 200 accouchements à Lariboisière. C'est donc une éventualité à prévoir pour tout praticien qui est à même de faire des accouchements.

I.

ÉTIOLOGIE.

Les accès éclamptiques ne surviennent guère que chez les femmes enceintes ayant de l'albumine dans l'urine ; cependant, hâtons-nous de le dire, toutes les femmes enceintes, ayant de l'albumine n'ont pas des accès éclamptiques. Il y a là des exceptions, qui, comme toujours en pratique médicale, viennent convaincre d'erreur ceux qui sont intransigeants et veulent poser des principes trop absolus.

Quoi qu'il en soit, il faut admettre d'une manière générale que l'éclampsie reconnaît comme origine l'albuminurie, c'est-à-dire l'imperméabilité rénale aux poisons de l'organisme et que, comme pour l'albuminurie, ses causes sont la *primiparité, l'âge déjà mûr de la primipare* (après 30 ans), *la saison humide et froide, les privations et la misère, le tempérament lymphatique des femmes blondes à tissus pâles, l'exagération de volume de l'utérus* causée par une grossesse gémellaire, un hydramnios, un gros œuf ; il faut ajouter à ces causes d'albuminurie gravidique, comme étiologie de l'éclampsie, *l'absence d'examen de l'urine* pendant la grossesse, puisque la découverte de l'albumine fait instituer le régime lacté et que le régime lacté prévient l'éclampsie. La proportion des albuminuriques non traitées qui deviennent éclamptiques est de 1 sur 6, d'après Blot.

Généralement les accès éclamptiques ne se montrent pas avant le 6e mois de la grossesse. Les cas les plus fréquents se montrent à 8 mois, c'est-à-dire pendant la grossesse ; encore assez fréquents au terme même de la grossesse, ces accès sont rares après l'expulsion de l'enfant ; toutefois, ils peuvent encore survenir au bout de 2, 3, 4, 9 jours (Nœgelé), et Simpson en a vu deux mois après la parturition (1).

II.

SYMPTÔMES.

Avant l'apparition d'un accès éclamptique, on observe généralement quelques troubles précurseurs qui peuvent tout au moins faire craindre le début d'un accès : ce sont des troubles d'albuminurie, œdème des membres inférieurs, bouffissure de la face, céphalalgie frontale intense et persistance, troubles visuels, diplopie, cécité même ; une sensation de constriction terrible à l'épigastre, de la dyspnée, de l'agitation, de l'excitation nerveuse, ou au contraire de la somnolence, de l'hébétude.

Il est rare que l'accès survienne très brusquement sans ces prodromes.

L'accès lui-même comporte une période d'invasion qui comprend des mouvements convulsifs des muscles de la face, des paupières, des yeux (yeux blancs), des ailes du nez, des lèvres, d'une des commissures labiales qui se dévie d'un côté, de la langue. La tête s'agite de droite et de gauche, puis reste immobile, la face tournée du côté gauche. Cette première période dure une à deux minutes au plus.

Vient ensuite la période des convulsions toniques, qui ne dure qu'un quart de minute ou un tiers au plus. C'est la contracture passagère des muscles extenseurs du cou et du dos ; le dos fait l'arc de cercle et la face regarde en haut et à gauche ; la respiration s'arrête et le visage devient violacé, noirâtre, la langue est broyée par les mâchoires et une écume sanguinolente s'écoule de la bouche. Les membres sont rigides, les mains et les pieds en extension et pronation forcée, les doigts des mains repliés et fléchis sur le pouce.

Brusquement, commence la période des convulsions cloniques, c'est-à-dire des mouvements saccadés, convulsifs, rythmés. Ils débutent par la face qui devient grimaçante, contournée, horrible à voir. Les yeux s'agitent en tous sens, la langue pendante hors de la bouche est encore serrée et mordue avec rage, le visage est tuméfié, rouge, noirâtre, comme celui des noyés qui ont séjourné quelque temps dans l'eau ; la respiration se rétablit, mais entrecoupée par des râles de la gorge, des sifflements, des spasmes du larynx, des sanglots, des bruits stertoreux produits par l'abondance des mucosités dans les voies respiratoires et par la contracture successive des muscles de la paroi abdominale, de la cage thoracique et surtout du diaphragme (Bar).

Les membres sont secoués de brusques mouvements convulsifs, avec ou sans déplacement latéral du tronc. La femme peut être projetée violemment hors de son lit par l'intensité des mouvements convulsifs.

Après l'accès, la malade reprend peu à peu ses sens, tout en restant un peu hébétée et anxieuse, pendant quelques moments, ou au contraire, elle tombe dans un état comateux, insensible à tout ce qui l'entoure, complètement inerte sur son lit, et respirant bruyamment. Ce coma dure soit quelques heures, soit plusieurs jours. Dans le premier cas, il disparaît progressivement ; dans le second cas il est interrompu fréquemment par de nouvelles crises éclamptiques.

Il est exceptionnel qu'un accès éclamptique soit isolé : le plus souvent, plusieurs accès se succèdent en quelques heures, surtout lorsque la femme est en travail. Les accès sont plus ou moins espacés, de une ou deux heures, ou au contraire de quelques minutes, ils sont en quelque sorte subintrants. Ce dernier cas est particulièrement grave et peut amener la mort de la parturiente. Tous les accès n'ont pas l'évolution cyclique précise que nous avons indiquée ; ils peuvent n'être qu'ébauchés et n'apparaître que comme des semblants de réveils au cours d'une longue période de coma. En général, le nombre des accès est d'un pronostic progressivement grave. Il peut y en avoir jusqu'à une centaine en quelques jours.

L'accouchement spontané peut faire cesser les accès éclamptiques ; mais, il est fréquent de voir les éclamptiques abandonnées à elles-mêmes non seulement accoucher d'un fœtus mort, mais encore mourir dans le coma, ou à la

(1) Lepage. Précis d'obstétrique. Masson, 1894.

suite d'une complication due à l'albuminurie (œdème, apoplexie, hémorrhagie cérébrale), ou à la toxémie.

Habituellement, pendant les accès d'éclampsie, la température générale du corps subit un assez fort mouvement ascensionnel, 38, 39 et 40°. Cependant, elle peut au contraire descendre à 37, 36 et 35 degrés. Les températures extrêmes sont toujours d'un mauvais pronostic.

Lorsqu'on a pu conjurer les accidents immédiats de l'éclampsie, par le régime et la délivrance rapide, la malade revient généralement à la santé et après avoir présenté des flots d'albumine caillebotée dans son urine, elle peut en quelques semaines être complètement rétablie ; mais une nouvelle grossesse devant entraîner presqu'infailliblement la rechute de l'albuminurie et des accès éclamptiques, il faut interdire à la malade toute nouvelle conception.

Il est des cas, où les accès d'éclampsie, quoique parfaitement guéris, laissent à leur suite certains troubles intellectuels, perte ou diminution de la mémoire, aphasie, qui durent plusieurs semaines et même davantage : il peut y avoir aussi quelques troubles visuels, qui sont parfois définitifs lorsqu'ils sont liés à des lésions organiques.

Au point de vue du pronostic, Tarnier donne les chiffres suivants : 30 pour 100 de mortalité maternelle et 32 pour 100 de mortalité fœtale ; c'est, en somme, plus du quart des femmes éclamptiques qui succombent. Certes, il faut faire entrer en ligne de compte, dans le pronostic, le nombre, la forme des accès et l'époque de leur apparition.

Pendant la grossesse ou pendant le travail, les accidents sont beaucoup plus redoutables qu'après l'accouchement. Nous avons déjà montré la gravité du pronostic en cas de température trop élevée ou trop basse. La quantité d'albumine dans l'urine et la quantité d'urine émise en 24 heures, sont deux éléments importants à faire entrer en ligne de compte dans la question du pronostic. Le pronostic pour le fœtus est d'autant moins grave que les accès d'éclampsie débutent à une époque plus avancée de la grossesse, qu'ils sont moins intenses et que l'expulsion a été plus rapide. Malheureusement, beaucoup d'enfants d'éclamptiques qui naissent vivants ne peuvent survivre à leur faiblesse congénitale, ou aux hémorrhagies, aux convulsions, à la toxémie (1).

III

DIAGNOSTIC

Si l'on connaît tous les facteurs de la question, le diagnostic est d'une extrême simplicité: grossesse, albuminurie, crises convulsives, ce sont trois symptômes qui, lorsqu'ils sont réunis, signifient toujours éclampsie.

L'*épilepsie* et *l'hystérie* n'ont jamais ou presque jamais ces trois symptômes réunis ; il n'y a donc pas à hésiter, quand on assiste à l'accès convulsif. Les convulsions de l'*intoxication saturnine* sont bien rares chez les femmes et d'ailleurs le liseré plombique et les commémoratifs suffisent pour indiquer la véritable cause de ces convulsions.

Les seuls cas vraiment embarrassants sont ceux où la grossesse est ignorée et peu apparente, ou bien ceux où la malade est trouvée dans le coma sans que personne puisse fournir de renseignements commémoratifs. Dans le premier cas, on diagnostiquera l'éclampsie en se basant sur le début brusque, la morsure de la langue, l'albuminurie et l'état d'hébétude ou de coma qui suit habituellement l'attaque d'éclampsie. Dans le 2e cas, il faudra faire le diagnostic entre les différents états comateux : Le *coma épileptique* ne s'accompagne ni d'albuminurie, ni d'élévation de température ; de plus, les troubles de l'intelligence et de la mémoire sont plus accusés à la fin du coma éclamptique.

Le *coma de l'ivresse* se reconnaît à l'odeur alcoolique de l'haleine et des vomissements, ainsi qu'à l'absence d'albumine.

Le *coma de la méningite et des tumeurs* cérébrales ne débute pas inopinément ; il est consécutif à un état pathologique qui a nécessité un certain temps de séjour au lit ; de plus il s'accompagne généralement d'une paralysie plus marquée d'un côté que de l'autre.

Le coma de *l'hémorrhagie cérébrale* n'est guère aisé à diagnostiquer du coma éclamptique, si ce n'est par l'existence de l'albuminurie et l'absence de paralysie hémiplégique dans le cas d'éclampsie.

Les *empoisonnements* et, particulièrement, les empoisonnements par le *phosphore*, peuvent produire un état comateux absolument semblable à l'éclampsie ; il faut y songer et connaître les commémoraitfs, car il n'y a guère de signes précis permettant de faire la distinction : mêmes vomissements, même albuminurie, quelquefois même élévation thermique.

IV

PATHOGÉNIE.

Nous serons brefs sur la question de la pathogénie des accès éclamptiques.

Mauriceau, Sydenham en faisaient une névrose suraiguë.

Wilson attribuait l'éclampsie à la présence de l'urée dans le sang, ce que l'on a depuis démontré faux.

Frerichs faisait de l'éclampsie une ammoniémie, c'est-à-dire une intoxication par le carbonate d'ammoniaque contenu dans le sang.

Ch. Bernard a détruit cette théorie.

Schöttin, Gubler, Peter, Bouchard attribuent l'éclampsie à l'intoxication du sang par les toxines de l'urine (urinémie).

Doléris, Delore et Rodet, Hergott, de Nancy, font de l'éclampsie une infection microbienne par un germe spécial, mais ne peuvent déterminer si c'est le microorganisme lui-même ou les toxines qu'il sécrète qui produisent la maladie.

Pour MM. Bouchard, Pinard, Bouffe de Saint-Blaise, ce sont tous les poisons réunis de l'organisme, non éliminés par les reins, le foie, la peau, l'intestin, qui, retenus dans l'économie, provoquent les accès d'éclampsie. Les petits foyers hémorrhagiques qu'on trouve dans le foie, les reins, le cerveau sont les marques caractéristiques par l'empoisonnement interne dont les convulsions éclamptiques sont une manifestation fréquente, mais non indispensable. Le premier phénomène est donc l'intoxication du sang par les poisons de l'intestin et du foie ; cette intoxication provoque une sorte de décom-

(1) Lepage. *Loco citato.*

position qui favorise les extravasations et les foyers hémorrhagiques. Les convulsions sont dues à l'hyperexcitabilité réflexe en même temps qu'aux poisons répandus dans les centres nerveux par le sang intoxiqué.

(*A suivre*). D[r] Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La loi sur l'exercice de la pharmacie.

Avant de connaître le texte de la loi sur l'exercice de la pharmacie, M. le D[r] Cézilly a publié, dans le *Concours médical* du 5 décembre 1896, un article intitulé : *Une grave affaire*, dans lequel il fulmine contre la Commission de la Chambre des députés, qui, bien que composée en majorité de médecins, a accepté de rédiger l'article 13 de la loi de manière à permettre aux pharmaciens de vendre sans ordonnance un certain nombre de médicaments ; M. Cézilly rappelle que les médecins ont toujours réclamé que les pharmaciens ne puissent délivrer sans ordonnance que les médicaments dont la liste serait inscrite au Codex, et il fait remarquer qu'en décidant que les pharmaciens pourront délivrer sans ordonnance tous les médicaments qui leur seraient demandés, sauf ceux qui seraient portés sur une liste inscrite au Codex, la Commission a ouvert toute grande la porte qui permettra aux pharmaciens de se livrer librement à l'exercice de la médecine.

Nous avouons ne pas comprendre l'accès de grande colère qui s'est emparé de M. Cézilly. En ce qui nous concerne, nous considérons comme une simple transaction, et comme une transaction nécessaire, la résolution prise par la Commission, et nous espérons le démontrer à l'honorable directeur du *Concours médical*.

Mais, auparavant, nous voudrions rassurer M. Cézilly. Comme nous avons l'avantage d'être personnellement connu de lui, nous sommes persuadé que nous n'aurons pas de peine à le convaincre que nous n'avons jamais demandé que la porte fût grande ouverte ou même entrebâillée, de manière à permettre aux pharmaciens de se livrer à l'exercice illégal de la médecine. Non, mille fois non, les pharmaciens sérieux ne veulent pas jouer le rôle de médecins au petit pied. Ce qu'ils réclament, c'est de ne plus être exposés à des poursuites et à des condamnations que les rigueurs d'une loi vieillotte rendent inévitables. Ce qu'ils désirent, c'est de pouvoir donner satisfaction au public qui vient dans leurs officines, et qui leur demande tel ou tel médicament. Le public a pris des habitudes contre lesquelles les médecins protesteront en vain ; nous ne prétendons pas que les malades sont constamment bien inspirés lorsqu'ils ont résolu de prendre tel ou tel remède; mais M. Cézilly aurait-il la prétention d'obliger les malades, qui soignent à leur guise les indispositions dont ils sont atteints, à aller chercher une consultation chez le médecin ? Il n'y parviendra jamais. Dans cette fin de siècle où toutes les sciences sont vulgarisées, où les mystères de l'art médical et de la thérapeutique sont dévoilés, par les médecins eux-mêmes, dans des conférences et dans des ouvrages écrits pour être lus par le grand public, M. Cézilly ne saurait priver certains malades du droit d'être leur propre médecin. On a le droit de s'asphyxier, de se suicider avec un couteau ou un revolver ; est-ce que M. Cézilly a jamais songé à empêcher les charbonniers de vendre librement leur charbon ; les armuriers, leurs revolvers, et les couteliers, leur poignard ?

Mais, va nous objecter M. Cézilly, les pharmaciens ne réclament ce droit de livrer des médicaments sans ordonnance, que pour pouvoir, par une voie détournée, se livrer à l'exercice de la médecine ; rien n'est plus facile au pharmacien, va-t-il nous dire, que de s'arranger pour se faire demander tel ou tel médicament.

Eh bien ! Monsieur Cézilly, nous vous prions de ne pas nous supposer l'âme si noire, ni si perverse, et, si vous le voulez bien, nous vous offrons de venir passer une journée dans le comptoir de notre officine ; vous verrez comment s'y prend le public pour nous demander ce qu'il désire se procurer, et cela, sans que nous ayons besoin de le provoquer ; il est même probable que vous aurez l'occasion de voir la colère de ceux de nos clients qui, après avoir demandé un petit conseil, sans obtenir autre chose que celui d'aller voir leur médecin, nous reprocheront de manquer de complaisance à leur égard.

Nous savons bien que, même avec l'article 13 tel qu'il est conçu, s'il est voté, il se trouvera des pharmaciens qui, comme aujourd'hui, se livreront à l'exercice de la médecine ; ceux-là, sachez-le bien, Monsieur Cézilly, nous les désavouons et nous les abandonnons aux foudres des Syndicats médicaux.

Quant aux pharmaciens disposés à se cantonner dans leurs attributions et à ne jamais empiéter sérieusement sur le domaine des médecins, nous répétons qu'ils désirent simplement ne plus être soumis à une loi surannée, que les exigences tyranniques du public les obligent à violer à chaque instant.

Nous avons toujours réclamé le droit de délivrer tous les médicaments, qui nous seraient demandés par nos clients, à l'exception des substances toxiques ; afin de prouver aux médecins que nous étions animés d'un véritable esprit de conciliation, nous avons consenti à être privés du droit de délivrer librement certaines substances dont l'emploi inconsidéré pourrait présenter de réels inconvénients pour les malades ; la Commission de la Chambre des députés a admis cette manière de voir, qui n'est autre chose qu'une transaction, et, en cela, elle a été heureusement inspirée. La solution qu'elle a adoptée ne donnant pas satisfaction à M. Cézilly, celui-ci cherche à créer une agitation dont le but est d'obtenir que la liste inscrite au Codex comprenne, non les médicaments que le pharmacien ne pourrait pas librement délivrer sans ordonnance, mais ceux qu'il pourrait librement délivrer. Eh bien ! nous mettons M. Cézilly au défi de trouver un de ses confrères disposé à monter à la tribune pour soutenir une semblable thèse, qui aurait pour conséquence de priver le malade du droit d'acheter sans ordonnance un certain nombre de médicaments qu'il a l'habitude de s'administrer de son chef, tels que antipyrine, bromure de potassium, iodure de potassium, bicarbonate de soude, sels purgatifs, pilules purgatives, etc. Aucun médecin de la Chambre n'oserait affronter les murmures dont sa voix

serait couverte en défendant une doctrine aussi exorbitante. Les médecins députés sont forcés de tenir compte de l'intérêt et des exigences du public ; or, ils savent très bien que, parmi leurs collègues de la Chambre, ils rencontreraient des contradicteurs qui leur démontreraient qu'une loi dont le texte serait en opposition avec les habitudes du public, serait fatalement une loi inexécutable. Ces contradicteurs députés, qui ont eux-mêmes l'habitude d'acheter sans ordonnance, chez leur pharmacien, les médicaments que nous avons cités plus haut, stigmatiseraient sévèrement les prétentions excessives des médecins qui voudraient les obliger à se pourvoir d'une ordonnance pour se procurer ces médicaments.

Nous rappellerons à M. Cézilly un précédent dont il a certainement conservé le souvenir : lorsque le Parlement a réformé la loi sur l'exercice de la médecine, il a formellement autorisé les sages-femmes à faire les vaccinations et revaccinations ; en leur reconnaissant ce droit, il a voulu consacrer, par un texte formel, une pratique qui existait de longue date. Les médecins de la Chambre se sont bien gardés de protester et de réclamer, pour eux seuls, le droit de vacciner, parce qu'ils ont compris que la Chambre ne consentirait jamais à interdire aux sages-femmes de faire une opération qu'elles avaient pris l'habitude de pratiquer de par les exigences du public ; et cependant, la femme qui vaccine empiète certainement sur le domaine du médecin plus que le pharmacien qui se borne à délivrer, sur la demande explicite de son client, les quelques grammes d'iodure de potassium ou les quelques cachets d'antipyrine dont il a besoin.

Un dernier mot, Monsieur Cézilly !

Veuillez faire, pendant quelques minutes. abstraction de votre qualité de médecin, et demandez-vous ce que penseront ceux qui viendront après nous, lorsque l'histoire leur apprendra qu'à une certaine époque, lorsqu'il s'agissait d'élaborer une loi sur la pharmarcie, les médecins ont pris, pour ainsi dire, d'assaut la Commission parlementaire chargée de ce travail, de manière à s'y trouver en majorité et à trancher au profit des médecins les deux seuls articles de la loi où les intérêts des médecins soient réellement engagés.

Auriez-vous eu assez de malédictions dans la bouche contre les pharmaciens de la Chambre des députés, si ceux-ci s'étaient permis de demander à faire partie de la Commission chargée de faire la loi sur la médecine ? Et quel courroux pire encore, mais très légitime, nous le confessons, si la majorité de cette Commission avait été composée de pharmaciens !

Allons ! allons ! Monsieur Cézilly ! Maintenant que la mauvaise humeur produite par une premiere impression commence à se calmer, examinez plus froidement la situation créée aux médecins et aux pharmaciens par l'article 13 du projet de la Commission, et vous reconnaîtrez qu'elle ne pouvait prendre d'autre parti que celui auquel elle s'est arrêtée.

Il y a, dans l'article 12 de ce projet, un certain paragraphe que vous connaissez bien, et contre lequel, vous le savez, tout le corps pharmaceutique a légitimement protesté : c'est celui qui donne aux médecins le droit d'administrer à leurs malades quelques médicaments d'urgence, même dans les cas où ces malades résident dans des localités où existent une ou plusieurs pharmacies.

Nous n'avons jamais cessé de montrer que cette disposition était inutile, attendu que, s'il s'agit de l'administration de quelques médicaments vraiment urgents et dans des cas où une intervention immédiate s'impose, jamais un pharmacien ne protestera, et que, si par impossible des poursuites étaient provoquées par un pharmacien malavisé, jamais un Tribunal ne prononcerait une condamnation.

Nous n'avons pas réussi à faire pénétrer notre conviction chez les membres de la Commission de la Chambre des députés ; nous le regrettons vivement. Mais que penseriez-vous, Monsieur Cézilly, si nous avions pris immédiatement la plume pour fulminer contre la Commission et pour publier, comme vous, un article de tête, un article sensationnel, ayant, comme le vôtre, pour titre : *Une grave affaire ?*

A Monsieur Crinon, Directeur du *Répertoire de pharmacie* :

J'ai lu, avec l'intérêt particulier que j'attache à tout ce que vous écrivez, votre article du *Répertoire*, au sujet de la *loi sur la pharmacie*, article qui vise celui que j'ai publié sous le titre de : « Une grave affaire » dans le *Concours médical.*

J'ai dit que je préférais la vieille loi de germinal, à la loi nouvelle, élaborée par une Commission composée en majorité de médecins. Pourquoi vous plaindre de la composition de cette Commission, puisqu'elle vous est favorable et que par conséquent, vous ne pourriez la taxer de partialité !

Vous prenez la peine de me dire qu'il me sera facile de me convaincre, en passant une journée dans votre officine, de l'obligation où vous vous trouvez de délivrer certains médicaments à vos clients, sur leur simple demande. S'il n'existait que des officines pareilles à la vôtre, jamais le plus petit conflit ne se serait élevé entre médecins et pharmaciens. Mais vous savez bien que ce ne sont pas ces pharmacies que nous visons. En ce qui vous concerne, faites inscrire les médicaments qu'on vous demande et que vous citez, à côté de tous ceux que le pharmacien pourra délivrer sans ordonnance et nous ne chicanerons pas trop. Ce qui nous importe c'est le principe de la loi de germinal : le pharmacien ne peut délivrer des médicaments sans ordonnance des personnes qualifiées par la loi : La médecine aux médecins ; la pharmacie aux pharmaciens.

La transaction a consisté, dites-vous, en ceci : que le médecin est autorisé, même lorsqu'il existe un pharmacien dans sa résidence, à délivrer les médicaments d'urgence.

Ah certes, si c'est là l'article de compensation, nous sommes prêts à le supprimer ; nous savons bien que jamais un médecin qui aura, sans rétribution, délivré un médicament urgent à son malade, ne sera condamné par les tribunaux, pas plus que le pharmacien qui tous les jours a non seulement le droit, mais encore le devoir de panser un blessé de la rue, de traiter une syncope.

Nous demandons uniquement que tout ce que

les pharmaciens peuvent délivrer, en outre, des simples, inoffensifs, soit porté sur une liste.

Nous demandons que la distance qui sépare le médecin autorisé à exercer la pharmacie, d'une officine, ne dépasse pas 4 kilomètres ; que cette limitation n'ait pas d'effet retroactif et c'est à peu près tout.

Comment alors ne pas vous expliquer notre légitime émotion, lorsque nous apprenons qu'on nous refuse ces si modestes garanties de notre exercice ; qu'on ne comprend pas que les pharmaciens doivent être nos collaborateurs dévoués et non pas nos rivaux ; quand, d'autre part, *pour tous les autres articles de votre loi* sur l'exercice de votre profession, nous n'avons exercé aucune intervention. Nous vous avons laissés en paix, discuter vos intérêts respectables, prendre toutes les mesures qui pouvaient vous assurer travail régulier et honnête rémunération.

Puisque notre proposition donnerait satisfaction à tous les pharmaciens qui ne veulent, pas plus que vous, empiéter sur le domaine médical, pourquoi la repousser ! Et le député qui viendra dire à la Chambre : qu'on dresse la liste de tous les médicaments que les pharmaciens pourront délivrer sans ordonnance et qu'on maintienne le principe fondamental qui fait, du pharmacien, le collaborateur nécessaire du médecin, ce député, dis-je, sera écouté.

Nous avons écrit les quelques lignes qui vous ont ému, sous l'impression de ce sentiment que l'article 13 favoriserait sûrement l'exercice illégal de la médecine par les pharmaciens qui croient trouver, dans ce supplément de profit, l'atténuation de la gêne que leur causent la transformation thérapeutique, le trop grand nombre des officines. C'est eux qui auront le bénéfice de la violation des principes tutélaires qui assignaient un rôle bien net à chaque profession et non pas ceux qui, comme vous, représentent dignement la pharmacie française.

Nous n'avons ni animosité, ni colère. Ces sentiments nous sont parfaitement étrangers. Nous croyons que vous aurez à regretter d'avoir abaissé les barrières qui empêchaient à peine les empiètements d'une profession sur l'autre. Vous dites que les malades, par suite de la divulgation par la presse politique, des secrets de la médecine et de la pharmacie, veulent pouvoir se traiter à tort et à travers, sans vouloir passer par les exigences des médecins et des pharmaciens.

A cette prétention, dictée par l'ignorance, ou par ce quart de science qu'on leur infuse, vous consentez à donner de larges satisfactions. Nous résistons et nous continuerons à prétendre qu'ici, aussi, les concessions sont funestes, quand elles se font aux dépens des principes. Vous nous reprochez d'avoir concédé la vaccination aux sages-femmes ; c'est parce que nous savions propager, sans danger, une bienfaisante opération. Vous, vous dites que le public vous force à délivrer des médicaments sans ordonnance. Vous ne cédez qu'à ses exigences injustes et vous ne pouvez pas dire que c'est pour lui être utile. Votre comparaison n'est pas légitime.

Que les pharmaciens se rappellent ceci : « *Le médicament prescrit par ordonnance est chose qui impose : celui qu'on vend, sans contrôle sur simple demande, n'est que marchandise qu'on peut discuter, comme qualité et comme prix* ». Et Dieu sait et vous aussi, si la tendance n'existe pas, de discuter déjà avec les pharmacies au rabais ! Et on veut diminuer le nombre des ordonnances ! Vous arriverez ainsi à supprimer les bonnes pharmacies, celles qu'on nommait les *pharmacies d'ordonnances* ! Le vulgaire veut être trompé ; qu'il le soit ; mais pas par vous, ni par nous.

Je livre ces quelques réflexions à votre esprit si judicieux et je suis, cher Monsieur Crinon, votre bien empressé serviteur.

A. C.

Pénible mésaventure judiciaire.

Cher Directeur,

Ci-joint un extrait de la *Petite Gironde* qui me concerne, et qu'il serait bon, je crois, de publier

Tribunal correctionnel.

Présidence de M. Quercy.

Audience du 3 décembre 1896.

Médecin, pharmacien, élève. — Le tribunal correctionnel s'est occupé aujourd'hui d'une affaire très délicate, dans laquelle étaient en cause les responsabilités d'un docteur-médecin, M. X..., d'un pharmacien, M. Y..., et de l'élève de celui-ci, M. Z... Voici les faits :

Il y a quelques mois, Mme B..., de Bordeaux, faisait appeler auprès d'elle M. le docteur X..., qui la reconnut atteinte d'une métrite et, après consultation avec un de ses confrères, ordonna un traitement par crayons au sublimé. L'ordonnance de M. X... portait simplement : « Crayons au sublimé », sans indiquer la dose du toxique.

Quatre crayons furent exécutés chez M. Y..., pharmacien, qui vit l'ordonnance, par l'élève Z..., et ce dernier dosa les crayons à 2 grammes de bi-chlorure de mercure.

M. le docteur X... fit application du premier crayon à Mme B..., mais n'usa que du tiers, c'est-à-dire de 65 centigrammes environ.

Malgré cela, Mme B... ne tarda pas à ressentir des phénomènes d'empoisonnement, et sa santé demeura gravement atteinte pendant deux ou trois mois. Cependant, chose extraordinaire, quand Mme B... fut guérie des troubles produits dans son organisme par le sublimé, elle était guérie de sa métrite.

Mme B... a déposé une plainte au parquet pour blessures par imprudence contre le pharmacien et le ministère public a englobé dans les poursuites M. le docteur X... et l'élève en pharmacie, M. Z...

Après les plaidoiries de Mes Roy de Clotte pour le docteur, Lulé-Déjardin pour le pharmacien et l'élève, et Louis David pour Mme B..., partie civile, le tribunal, dans un jugement longuement motivé, retenant la culpabilité et la responsabilité civile, mais à des degrés différents des trois prévenus, condamne le docteur X... en 100 fr. d'amende, 800 fr. de dommages et intérêts et la moitié des dépens ;

Le pharmacien Y... en 80 fr. d'amende, 100 fr. de dommages et intérêts et 2/6 des frais.

Enfin, l'élève Z..., en 40 fr. d'amende, 200 fr. de dommages et intérêts et 1/7 des dépens.

Cent francs d'amende, 800 francs de dommages-intérêts pour avoir prescrit des crayons au sublimé sans désignation de dose. Le pharmacien,

sans rien déférer, fabrique des crayons de sublimé presque pur. Ma malade présente des phénomènes d'empoisonnement, guérit complètement. Des experts viennent déclarer qu'elle est guérie, qu'elle n'a plus rien, ni atrésie du col, ni lésion, et je suis condamné. Le pharmacien, lui, est traité plus doucement.

Je ne serais pas fâché que mon cas fût connu pour l'édification des confrères.

Aller en appel, il n'y faut pas songer et mon éminent défenseur Mº Roy de Clotte, ancien bâtonnier, m'en a dissuadé.

Avec mes compliments. Votre dévoué confrère.

Dr X.

Bordeaux, 5 décembre.

REPORTAGE MÉDICAL

Hier soir, mercredi, a eu lieu une réunion du *Syndicat de la Seine*. On a traité divers sujets et décidé, en particulier, de réclamer le rétablissement du *Service de nuit*, sur les bases anciennes.

Nous avons demandé au président, M. le Dr *Berthod*, quelles mesures avaient été prises, en vue de faciliter la défense de MM. Boileux et de La Jarrige. Jusqu'à ce jour le Bureau s'était abstenu de toute intervention. Nous espérons que, maintenant que l'instruction est close, on ne voudra pas attendre le jugement, sans faire acte utile à des malheureux qu'il est de notre devoir absolu de présumer innocents.

— *Distinctions honorifiques*. — Parmi les médecins récemment nommés *Officiers d'Académie*, nous avons le plaisir de relever les noms de MM. les docteurs Cazaux (d'Oloron), Allary (de Leucate), et Armet (de Sallèles-d'Aude), membres du « Concours médical ».

— *Le redressement des bossus*. — Les chroniqueurs scientifiques de la grande presse mènent grand train autour de la communication faite à l'Académie de médecine, par M. le Dr Calot (de Berck-sur-mer) au sujet d'un procédé d'extension et de redressement de la colonne vertébrale après les ravages du mal de Pott. Souhaitons que notre confrère, qui a obtenu de si beaux résultats dans le traitement de la coxalgie, continue d'enregistrer les mêmes succès, et, au risque de diminuer le nombre des gens d'esprit, vulgarise rapidement sa méthode de redressement.

— *Le microphonographe*. — M. Laborde vient de présenter à l'Académie de médecine un instrument appelé microphonographe qui, par un système de renforcement considérable des ondes acoustiques, permet de faire entendre à la plupart des sourds, des mélodies qu'ils distinguent et reconnaissent les unes des autres. Si cet instrument trouve déjà une certaine utilité dans la distraction qu'il peut procurer dans ce genre d'infirmité, il intéresse surtout la médecine dans le diagnostic du degré d'affaiblissement de l'ouïe qu'il permet bien de mesurer.

Médecins et gens de lettres. — Des études sur le rôle et les habitudes du médecin en général, viennent d'être publiées par une foule de journaux politiques. Ce fut un véritable tournoi littéraire où les publicistes les plus connus croisèrent... la plume sur notre dos. Bien entendu nous ne nous en portons pas plus mal, et tout ce bruit ne prouve qu'en faveur de notre profession, car il n'est pas donné à toutes les corporations de provoquer semblable levée de boucliers. Quoi qu'il en soit, nous remercions les maîtres qui se sont faits nos défenseurs, et nous engageons, sans rancune, leurs adversaires à compléter leurs notions assez vagues sur le caractère du médecin en général, puisqu'il ne pouvait être question que de cela.

— Il va paraître l'édition 1897 du Répertoire *officiel* de la Médecine et de la Pharmacie françaises.

Cet ouvrage, présenté au public médical, par M. le Professeur Brouardel, qui en a écrit la préface, a l'avantage de ne contenir que les noms des Docteurs ayant, conformément à la loi du 30 novembre 1892, déposé leur diplôme à la Préfecture de leur département.

Les souscriptions et tous les renseignements sont reçus, à la Direction 5, rue André Gill.

— *Les conseils disciplinaires médicaux en Belgique*. — Pendant que nous discutons ferme en France sur la nécessité de l'ordre des médecins, des Chambres médicales, des Conseils de discipline médicaux, etc., nos confrères belges, moins rhéteurs qu'hommes d'action, sont entrés dans la phase exécutive du projet. Lors des dernières élections législatives, ils avaient donné, à cet égard, un mandat impératif aux candidats, et au jour de l'an, le Dr Moeller, président de la Commission Médicale Provinciale de Bruxelles, vient de porter au roi des Belges le vœu des médecins en cette matière. Nous qui ne voyons dans cette création aucune atteinte réelle aux libertés respectables, nous n'hésitons pas à les féliciter de leur activité.

— *La Caisse des veuves et orphelins de l'Association générale*. — Par arrêté du 12 novembre 1896, le Ministre de l'Intérieur a approuvé les statuts de la Caisse des veuves et orphelins de l'Association générale des médecins de France. C'est dire que cette caisse peut recevoir désormais les dons et legs appelés, pour partie, à constituer le capital qu'elle doit réunir, avant de commencer ses bienfaisantes distributions aux familles des médecins prématurément disparus.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

Nº 4148. — M. le docteur Sarda, d'Annonay (Ardèche), membre de l'Association des médecins de la Loire et Haute-Loire, du Syndicat de la vallée du Rhône, présenté par M. le docteur Paugon de Saint-Vallier (Drôme).

Nº 4149. — M. le docteur Benoist, de Nantes (Loire-Inférieure), membre du Syndicat de la Loire-Inférieure).

Nº 4150. — M. le docteur Despeignes, de Les Echelles (Savoie), membre de l'Association des médecins de la Savoie.

Nº 4151. — M. le docteur Roy, de Saint-Foy-les-Lyon (Rhône), présenté par M. le docteur Durand, de Saint-Pourçain (Allier).

Nº 4152. — M. le docteur Donat, de Paujas (Gers), membre de l'Association des médecins du Gers.

Nº 4153. — M. le docteur Brasseur, de Fressenneville (Somme), présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Billiotte, des Sables-d'Olonne (Vendée), membre du « Concours médical ».

Le Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 5 30 Janvier 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Particularisme ou Solidarité.

L'*Ordre des médecins* vient de servir de thème à de nouvelles discussions.

Est-ce le mot qui fait peur ? Est-ce la chose ? Juge-t-on trop par analogie, avec l'*Ordre des avocats* ? Est-on bien fixé sur ce que serait cette création, sur son rôle, ses attributions ?

Même après les articles récemment parus, nous avouons ne pas être capables de répondre à ces questions. Retenons seulement ce fait que les opposants ont seuls parlé.

Si je ne me trompe, il y a pourtant, au fond du débat, un point sur lequel on avoue, plus ou moins, être d'accord, et cela se comprend. Il consiste en ce que nous serions heureux de faire nous-mêmes la police dans nos rangs, et que le tribunal composé de nos pairs est la juridiction qui nous plairait le mieux en cas de litige.

Mais, comment y parvenir ? C'est là que les deux camps se dessinent.

Serrons les rangs, disent les uns. Nommons tous des délégués qui constitueront une Assemblée législative d'où sortira le code déontologique. Une fois mis en possession de celui-ci, nous élirons les juges chargés de le faire respecter. Que l'Etat consacre ou non, par une reconnaissance officielle et légale, l'autorité que nous aurons placée au-dessus de nous, peu nous importe. A nos consciences de médecins nous aurons donné le tribunal de leurs rêves, celui qui est compétent pour apprécier les déterminations de la vie professionnelle.

Mais, répondent les autres, où se trouvent les garanties d'impartialité, d'infaillibilité, de cette juridiction ? Au-dessus d'elle, dans tel cas particulier, nous plaçons sans hésiter notre conviction personnelle, et le plus pur aréopage médical nous inspire défiance, car nous craignons sa routine, son inflexibilité, sa passion, ses opinions préconçues, etc.

C'est bien ainsi que la question se pose.

Eh bien! nous prendrons parti en disant que les réserves, les objections, les obstructions de tous ceux qui redoutent une création du genre de celle de l'*Ordre des médecins*, émanent de l'esprit de particularisme, du respect incompréhensible pour la liberté individuelle, quand elle est portée jusqu'à la licence, et peut-être aussi du naturel frondeur qui distingue le Français et le médecin, même quand ils sont convaincus au fond de la valeur d'une mesure proposée.

Vous dites tous, chers confrères, qu'il y a quelque chose à faire pour assurer la moralité professionnelle. Ne nous hâtons donc pas de rejeter les projets par la question préalable. Soyons prêts à les étudier, à les corriger, à les fondre, à les amender ; mais gardons-nous de ces anathèmes contre telle ou telle idée lancée avec bonne et pure intention.

Cherchons, cherchons, mais avec la conviction que nous ne trouverons rien de sérieux, si nous sortons du terrain de la solidarité.

Le particularisme est notre ennemi mortel et chaque jour nous enregistrons ses coups : l'esprit de solidarité est, contre lui, notre seule sauvegarde.

Et j'en parle surtout, aujourd'hui, au point de vue de la dignité professionnelle.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement du hoquet par l'extension de la langue.

Le hoquet est « une contraction subite et spasmodique du diaphragme, déterminant une brusque secousse de la paroi abdominale et thoracique et s'accompagnant d'un bruit rauque et inarticulé causé par le resserrement et la vibration sonore des lèvres de la glotte. » (Littré.)

Les traitements les plus variés ont été essayés pour triompher de ce pénible spasme.

Tantôt, c'est par une *frayeur*, une *émotion*, un

choc moral quelconque que l'on obtient la cessation de ce phénomène.

Dans d'autres circonstances, c'est *en retenant la respiration* le plus possible.

La glace intus et extra est prônée par de nombreux auteurs.

Trousseau indique les *infusions chaudes de menthe* comme calmant le hoquet des jeunes filles chlorotiques et des femmes nerveuses.

On a conseillé les inhalations de chloroforme, le musc en potion, l'acupuncture, la faradisation du phrénique, l'aimant, le drap mouillé, le cautère, la galvanisation du phrénique, la compression de ce nerf de chaque côté au-dessus des clavicules, l'évaporation de l'éther, du chloroforme, le siphonage au chlorure de méthyle, l'extension de la tête avec compression des conduits auditifs externes, les injections sous-cutanées de pilocarpine, morphine, cocaïne, atropine, les pilules de belladone, de camphre, de valérianate de zinc, la thériaque et la belladone en emplâtre, les vésicatoires, les pointes de feu, la compression des hypochondres par un bandage de corps, la compression des poignets, la pression forte de la pulpe du petit doigt avec le pouce de la même main, le soulèvement de l'os hyoïde avec les doigts, la faradisation tétanisante de l'œsophage, etc. Le nombre est aussi grand que l'imagination peut le concevoir.

Or, M. le Dr *Nonce Martelli*, de Toulouse, préconise, d'après M. le Prof. Lépine, de Lyon, un moyen qui peut être employé indistinctement dans tous les cas de hoquet, quelle qu'en soit la cause. Nous disons quelle qu'en soit la cause, car, dans les divers cas qui peuvent se présenter, il s'agit toujours d'une convulsion clonique du diaphragme, que l'on doit chercher avant tout à faire disparaître, en employant les moyens qui diminuent le pouvoir excito-moteur du *bulbe*.

Voici la technique à suivre :

« *Saisir, au moment de l'accès, la langue du patient, la tirer un peu fortement, de façon à sentir la résistance qu'oppose toujours en pareil cas la base de cet organe, et la maintenir tirée en dehors de la bouche aussi longtemps que l'exige la cessation du spasme.* »

Ce procédé est simple, facile, commode, nullement douloureux, à la portée de tout le monde et, par conséquent, essentiellement pratique.

Il peut et doit être utilisé dans toutes les circonstances où le hoquet se produirait.

Nous croyons même qu'on peut rationnellement l'étendre aux accès d'asthme et de coqueluche, voire même aux quintes de toux spasmodique.

Mais, est-ce à dire, pour cela, qu'il faille négliger le traitement causal ? Nullement, celui-ci doit conserver intégralement ses droits.

Le mariage des cardiaques.

D'après M. *Huchard*, la règle de Peter : fille, pas de mariage ; femme, pas de grossesse ; mère, pas d'allaitement, est trop absolue.

Pour lui :

1° Si la maladie est bien compensée, on peut permettre le mariage ;

2° Si la maladie est déjà entrée une ou deux fois dans la période d'hyposystolie, et si le mariage est beaucoup et depuis longtemps désiré, on peut encore le permettre, mais en dégageant sa responsabilité des accidents qui peuvent survenir ;

3° Si la maladie est en pleine période asystolique, avec congestions viscérales et œdème, et surtout avec albuminurie cardiaque, le mariage doit être absolument proscrit.

Pour un jeune homme atteint de cardiopathie, bien tolérée et compensée, même avec quelques signes légers d'hyposystolie, le mariage est favorable, en prémunissant le malade contre les excès ou les imprudences, qu'il peut être tenté de commettre.

Traitement de la pneumonie chez l'enfant.

Jusqu'à présent aucun médicament n'a eu le pouvoir de modifier le cycle de la pneumonie franche aiguë chez l'enfant comme chez l'adulte. On peut concevoir que la marche naturelle de la maladie puisse être interrompue par un remède spécifique, un sérum antipneumococcique par exemple ; mais ce remède spécifique nous n'en disposons pas encore, et il convient d'être modeste quant à notre rôle dans le traitement de la pneumonie. Il faut éviter, dit M. le Dr *Comby*, dans un article de la *Médecine moderne*, il faut éviter les médications offensives, chez l'enfant surtout ; car, dans l'immense majorité des cas, la pneumonie a chez lui une terminaison favorable.

Quand la pneumonie évolue simplement, sans ataxo-adynamie, sans hyperthermie, sans tendance à l'asphyxie, ni au collapsus, en un mot, sans symptômes alarmants, la thérapeutique pourra être réduite, sans inconvénient, à sa plus simple expression. On se contentera d'une expectation vigilante, se bornant à l'hygiène thérapeutique qui convient à tous les cas, et sur laquelle nous devons tout d'abord insister.

A. — Autant que possible, l'enfant sera isolé dans une chambre assez vaste, où l'air se renouvellera largement et facilement ; il est nécessaire, dans toutes les maladies du poumon, dans la pneumonie comme dans les autres affections de cet organe, de donner un air pur et abondant. Au besoin on laissera les fenêtres entr'ouvertes, et, quand on le pourra, on accordera à l'enfant deux chambres, une pour le jour, l'autre pour la nuit. En cas d'exiguïté des pièces, d'étroitesse et d'obscurité des appartements, il sera bon de faire des inhalations d'oxygène.

La température de la chambre occupée par le malade sera modérée (17°, 18°, 20°) ; elle sera assurée en hiver par un chauffage de cheminée au feu de bois. Tout cela pourrait s'appeler l'*hygiène respiratoire* du pneumonique.

La propreté du corps, l'antisepsie n'est pas moins nécessaire ; elle sera assurée par un grand bain tiède qu'on pourra renouveler plusieurs fois dans le cours de la maladie, par des lavages soignés de toutes les parties souillées par les déjections ou les crachats, quand il y en aura. Déjections et crachats seront stérilisés dans des vases contenant une solution de sublimé à 1 pour 1000 ou de sulfate de cuivre à 5 pour 100. On fera systématiquement des lavages de la bouche, des narines, de la gorge, avec de l'eau boriquée ou simplement bouillie, afin de parer, dans la mesure du possible, aux infections secondaires à point de départ nasal ou bucco-pharyngé.

L'hygiène alimentaire du malade est très importante ; la fièvre ne permet pas une alimentation solide. On se contentera de donner du lait, des tisanes chaudes au goût des petits malades, des sirops de fruits acidulés étendus d'eau, etc. En somme, *diète liquide*. On ne se contentera pas de donner satisfaction à la soif des petits malades ; on les invitera à boire souvent et abondamment. Des boissons abondantes solliciteront l'activité du filtre rénal et entraîneront avec elles les déchets organiques et les toxines qui menacent d'empoisonner le malade. La diurèse est à rechercher ; on fera tout pour obtenir les urines claires et abondantes. Il n'est pas utile de donner des liquides alcooliques qui, après tout, sont des poisons et dont l'action tonique et stimulante sera réservée pour les cas particuliers de faiblesse et de prostration qui les indiquent.

On veillera au bon fonctionnement de l'intestin et on devra toujours combattre la constipation, habituelle dans la pneumonie.

L'enfant sera aisément maintenu au lit pendant toute la période fébrile de la maladie ; après la défervescence, il demandera à se lever ; on ne le lui permettra pas tant que les signes physiques indiqueront la persistance d'un foyer quelconque.

Quand tout sera revenu à l'état normal depuis quelques jours, on laissera l'enfant essayer ses forces dans la chambre et l'appartement, en évitant les causes de refroidissement auquel il est très sensible. Dans cette maladie, la convalescence n'existe pour ainsi dire pas, et le retour à la santé est immédiat.

Nous n'avons pas parlé jusqu'à présent de médicaments ; on peut s'en passer ; dans quels cas faut-il y avoir recours ?

B. — Autrefois, on ne traitait pas une pneumonie sans révulsifs énergiques, et les enfants les plus jeunes n'échappaient pas au vésicatoire. Ce révulsif énergique peut bien, dans quelques cas, et à un autre âge, être accepté comme décongestionnant local et dérivatif, mais, chez l'enfant, il n'est jamais indiqué et il peut faire beaucoup de mal ; M. Comby ne le prescrit jamais dans la pneumonie ; il est inefficace et il est dangereux, cela suffit pour le condamner.

Mais, si l'on s'abstient de vésicatoire, on pourra employer les ventouses sèches, scarifiées même, dans les cas de point de côté violent, les cataplasmes sinapisés, les applications locales d'eau froide ou même de glace, etc. Ces révulsifs, qui n'entament pas la peau, n'ont aucun inconvénient.

Il n'y a pas besoin de dire que la saignée, dont on abusait autrefois, n'est jamais indiquée chez les enfants. Tout au plus, peut-on autoriser la scarification de 2 ou 3 ventouses, au niveau du point de côté.

C. — Si la médication révulsive doit être très modérée ou nulle, la médication évacuante est applicable à tous les cas. Il faut faire uriner les malades en les faisant boire ; il est nécessaire aussi de les purger une ou deux fois dans le cours de la maladie, avec 10 ou 15 grammes d'huile de ricin, 25 à 50 centigrammes de poudre de scammonée, cinq à dix centigrammes de calomel. Les vomitifs ne sont indiqués que dans les cas compliqués de dyspnée intense et de catarrhe bronchique ; on peut associer la scammonée à l'ipéca, 25 centigrammes de chacun, à prendre dans un demi-verre d'eau sucrée.

Contre l'état saburral très prononcé, on prescrit un éméto-cathartique (5 milligr. de tartre stibié par année d'âge avec 1 gramme de sulfate de soude par année, dans un julep gommeux de 120 à 130 gr.)

D. — L'hyperthermie habituelle, dans la pneumonie, peut, si elle est excessive, commander une thérapeutique spéciale, quoiqu'on ne doive pas s'effrayer, outre mesure, des hautes températures présentées en pareil cas par les enfants. L'antipyrine et la quinine n'ont que fort peu d'action ; l'eau froide agit mieux et sans danger : les bains froids à 25° ou 20° toutes les 3 ou 4 heures amènent un soulagement manifeste, l'atténuation de la dyspnée, l'amélioration du pouls, l'augmentation de la vitalité, la disparition de l'agitation, du délire, de l'insomnie.

Le drap mouillé, les compresses d'eau froide ont une action analogue, mais moins puissante.

E. — Contre l'agitation, le délire, les convulsions des enfants ultra-nerveux, prédisposés par hérédité, on prescrira le bromure, le musc, le chloral, l'uréthane, le sulfonal, le trional (25, 50, 75 centigrammes), mais non pas l'opium qui congestionne le cerveau, constipe et restreint la sécrétion urinaire.

F. — S'il y a de l'affaiblissement du cœur, avec petitesse et irrégularité du pouls, cyanose, dyspnée extrême, adynamie, menace de collapsus, il faut bien se garder de donner les bains froids qui seraient mal supportés et pourraient être suivis de syncope. On fera tout, au contraire, pour réveiller et stimuler. C'est alors que l'alcool (potion de Todd) peut être indiqué, que les injections de caféine (25 à 75 centigrammes par jour), de spartéine (3 à 5 centigrammes), pourront rendre des services. La digitale peut également être prescrite et elle a le double avantage de relever le cœur et de favoriser l'action du rein. Elle sera prescrite en cas d'oligurie et d'insuffisance cardiaque, à dose modérée (5 à 20 centigrammes de poudre de feuilles suivant l'âge, en macération ou infusion) ; la digitale à haute dose, c'est-à-dire par grammes (méthode roumaine), n'est pas inoffensive. La pneumonie guérissant toujours chez les enfants, on serait coupable de leur faire courir des risques d'empoisonnement sans objet.

G. — On voit, par ce résumé rapide, combien petite est la place occupée par les médicaments dans le traitement de la pneumonie infantile. Dans tous les cas, *hygiène thérapeutique* ; dans quelques cas seulement et suivant les symptômes, révulsifs légers, laxatifs, bains froids, toniques, calmants.

La prophylaxie consiste à protéger les enfants contre le froid, qui reste la cause habituelle de la pneumonie franche, à les isoler quand ils sont atteints de cette maladie, ou à les empêcher de voir des pneumoniques, quand ils sont indemnes. En effet, la pneumonie a, dans quelques cas, un pouvoir contagieux.

Pour éviter les récidives, on fera faire des lavages de la bouche, des irrigations pharyngonasales matin et soir avec de l'eau boriquée tiède, chez les enfants convalescents de pneumonie.

Les lavements alimentaires.

Le *Bulletin de Thérapeutique* donne, d'après le *Vratch*, les règles suivantes pour l'administration des lavements alimentaires :

1° Les lavements alimentaires seront précédés une heure d'avance d'un lavement ordinaire pour nettoyer l'intestin.

2° On n'introduira jamais en une seule fois plus de 250 à 300 centimètres cubes de liquide.

3° Le malade restera couché après le lavement au moins pendant 1 heure.

4° Le rectum est-il irrité ? le lavement alimentaire sera alors additionné de quelques gouttes d'extrait d'opium ; on peut aussi introduire, après le lavement, dans le rectum, un suppositoire opiacé ;

5° Les lavements seront faits non à l'aide d'une seringue, mais à travers un entonnoir ou à l'aide d'un irrigateur muni d'un bout en caoutchouc mou ; le malade sera couché sur le côté ou en position dorsale le siège élevé.

Indications des lavements alimentaires. — Les lavements sont à prescrire dans les deux cas suivants :

A) Si, pour une cause ou pour une autre, il est nécessaire de laisser l'estomac en repos pour un certain temps ;

B) Si l'estomac ne peut pas absorber les aliments en quantité suffisante ou à plus forte raison, s'il ne les absorbe pas du tout, en d'autres termes, s'il y a danger d'inanition.

Ad A) La première indication se trouve réalisée dans les hémorrhagies stomacales franches, dans quelques intoxications, dans les premiers jours après une opération stomacale, en cas d'ulcères opiniâtres, de vomissements incoercibles, quand on a affaire à des phénomènes d'irritation intense du côté de l'estomac, etc. Il n'est pas irrationnel de ranger aussi parmi les indications tous les cas d'ulcération et en général toutes les affections accompagnées de l'hyperexcitabilité stomacale, la dilatation stomacale simple, etc. ; mais, d'après l'auteur, ce serait pécher par excès de précautions ; dans ces cas il faut se guider sur l'intensité, le plus ou moins de torpidité et la forme de l'affection ; dans les cas, moins graves il suffira de limiter la quantité de liquide introduite par la bouche, en introduisant la majeure partie par le rectum.

Ad B) Cette indication coïncide souvent avec la première. S'y rapportent les rétrécissements de l'œsophage et du cardia, toutes les formes de vomissements incoercibles et les rétrécissements accusés du pylore. Quant aux dilatations de l'estomac, on sait que les aliments stagnent dans la cavité stomacale et que l'eau, loin d'être absorbée par la muqueuse stomacale, y est encore déversée après l'administration de certains aliments. Aussi, malgré l'introductfon de grandes quantités d'eau, les malades atteints de dilatation prononcée de l'estomac, sont souvent tourmentés par la soif et leurs tissus se dessèchent ; l'eau est-elle administrée par la bouche, la dilatation en est encore aggravée : dans ces cas le liquide introduit par voie rectale combat simultanément et efficacement l'appauvrissement de l'organisme en eau et la surcharge de l'estomac. Les lavements peuvent, dans ces cas, n'être constitués que d'eau simple (on y ajoutera 1/2 cuillerée à café de sel de cuisine pour 1/2 litre d'eau tiède) ou additionnée de quelques excitants, par exemple, cognac, vin, etc. On peut aussi faire des lavements au bouillon ou des lavements au bouillon et au vin (2/3 de bouillon pour 1/3 de vin).

En résumé, les lavements alimentaires, aussi bien que l'introduction des liquides par la voie rectale méritent, dans le traitement des affections stomacales, d'être pris davantage en considération et d'être plus utilisés qu'ils ne l'ont été jusqu'à l'heure actuelle.

PRATIQUE OBSTÉTRICALE

L'éclampsie puerpérale.

(Suite et fin.)

V

TRAITEMENT. — PROPHYLAXIE.

Le premier point qu'il faut mettre en relief dans l'étude du traitement et de la prophylaxie de l'éclampsie, c'est la nécessité absolue, pour tout médecin ou toute sage-femme, d'analyser ou de faire analyser l'urine de toute femme enceinte, au moins deux ou trois fois pendant le cours de la grossesse. C'est malheureusement encore une rareté que cet examen d'urine chez les femmes enceintes ; on n'y songe pas ou on ne croit pas que ce soit nécessaire ; à plus forte raison, les femmes enceintes ne se doutent pas de l'importance qu'a cet examen, et c'est pour cela qu'il y a encore tant d'éclamptiques. Le jour où tous les médecins et sages-femmes seront pénétrés de la nécessité de l'examen de l'urine et surtout en auront fait pénétrer la conviction dans l'esprit du public, il n'y aura plus que 2 ou 3 éclamptiques sur 100.000 accouchées, peut-être moins encore. Le premier point connu, c'est-à-dire l'existence de l'albumine dans l'urine, on doit instituer le traitement de l'albuminurie. Or ce traitement se compose : 1° de l'administration du régime lacté absolu ; 3 litres à 4 litres de lait en 24 heures, par doses de 300 grammes toutes les heures et demie environ ; 2° d'une solution de lactate de strontium contenant 1 gramme par cuillerée à soupe, deux à trois cuillerées à soupe en 24 heures. L'urine, analysée au bout de 8 jours devra contenir moins d'albumine ; on continuera le traitement et si au bout de 15 jours de régime strict, il n'y a pas de diminution de l'albumine, ce qui est exceptionnel, on relâchera un peu la rigueur du régime, en permettant le bouillon, les œufs, 50 grammes de viande, quelques légumes verts, du pain, des fruits cuits. Nous ne croyons pas, en effet, qu'une albuminurie qui résiste quinze jours à un traitement rigoureux par le régime lacté, soit une albuminurie transitoire et curable.

L'exercice jouera aussi un rôle important, et M. Budin insiste beaucoup sur ce fait. Cet exercice devra être modéré, et la marche au grand air est certainement un des meilleurs. L'importance de cette gymnastique explique pourquoi l'éclampsie est plus fréquente chez les femmes sortant des asiles de femmes enceintes, que chez les femmes du peuple, qui travaillent jusqu'au dernier moment. Sous l'influence des contractions musculaires, la circulation se fait mieux, la respiration est plus profonde et les matériaux de déchet sont détruits plus facilement.

C'est dans le même but, que M. Jaccoud fait respirer de l'oxygène à ses albuminuriques.

Nous arrivons maintenant au traitement même de l'éclampsie, lorsqu'elle n'a pu être évitée. Le premier détail à signaler est la nécessité de protéger la langue contre les morsures et les coupures par les dents, au moyen d'un écarteur quelconque des mâchoires, bouchon, linge, ouvre-bouche. Le deuxième point est la surveillance des mouvements de la malade, afin d'éviter sa chute violente hors de son lit.

On doit maintenir la malade dans une chambre chauffée, bien enveloppée de flanelle, donner le chloral en potion ou en lavement à la dose de 4, 6, 8 et 10 grammes en 24 heures, administrer en même temps des purgatifs et instituer le régime lacté absolu.

Le chloral est le médicament le plus employé contre l'éclampsie ; on le donne par la bouche ou par la voie rectale ; on a complètement abandonné les injections sous-cutanées ou intra-veineuses. Si les malades n'ont pas de vomissements et si elles conservent leur connaissance en dehors des accès, on pourra le donner sous forme de sirop de chloral. Si, au contraire, il est impossible de l'administrer par la bouche, on devra l'employer sous forme de lavement. On commencera par débarrasser l'intestin avec un lavement simple, puis on préparera le mélange suivant :

Lait.....................	120 grammes.
Jaune d'œuf............	N° 1
Hydrate de chloral....	3 grammes.

que l'on fera pénétrer dans le rectum à l'aide d'une petite seringue. Le lait et le jaune d'œuf sont indispensables, car sans cela le chloral irrite le rectum et le lavement peut être évacué. La dose à donner varie suivant les auteurs ; — elle oscille entre 4 grammes et 20 grammes par vingt-quatre heures.

Nous croyons qu'il ne faut pas exagérer la dose, et que, dans certains cas moyens, 6 à 8 grammes suffisent pour maintenir les femmes dans un sommeil profond.

Morphine. — Ce médicament n'est guère employé en France, car on craint son influence néfaste sur le cœur. De plus, l'opium a l'inconvénient de congestionner les poumons.

En Amérique et en Allemagne, au contraire, on l'emploie couramment. Les doses injectées doivent être assez fortes. Il faut aller jusqu'à 6 à 10 centigrammes pour obtenir un résultat.

Chloroforme. Éther. — Employé pour la première fois dans l'éclampsie par Richet en 1848, le chloroforme est un excellent moyen de calmer les crises et de faciliter les manœuvres obstétricales pour l'accouchement rapide et la délivrance. Les ennemis de cette méthode ont accusé le chloroforme de tous les méfaits ; c'est une erreur qui vient de l'ignorance du meilleur mode d'administration. Le chloroforme ou l'éther doit être donné en inhalations interrompues, seulement au moment de l'imminence des crises, de manière à maintenir la malade dans un état de demi-sensibilité suffisant pour conjurer les accès. Dès que le péril est écarté, on cesse l'administration du chloroforme pour la reprendre dès que de nouvelles contractions fibrillaires de la face feront craindre un nouvel accès.

Émissions sanguines. — Presque abandonnée par tous les médecins, la saignée semble devoir revenir à la mode depuis que l'on sait que le sérum des éclamptiques est toxique. En effet, la saignée agit en débarrassant le sang d'une partie des poisons qu'il contient. D'après Bouchard, en enlevant 32 grammes de sang à une éclamptique, on supprime 60 centigrammes de matières extractives, soit une quantité égale à 280 grammes de liquide diarrhéique et 100 litres de sueur. On voit donc qu'en retirant 500 grammes de sang on débarrasse l'organisme d'une dose notable de poison. Les autres avantages de la saignée sont d'abaisser la pression veineuse et de prévenir l'asphyxie produite par l'œdème pulmonaire.

Malgré ces bons effets, beaucoup de médecins la redoutent ; on objecte, en effet, qu'elle affaiblit la malade et qu'elle diminue la sécrétion urinaire en abaissant la pression sanguine. Nous croyons, malgré cela, que la saignée est un excellent moyen thérapeutique de l'éclampsie, surtout quand celle-ci s'accompagne d'élévation de température.

Méthode diaphorétique. — Nous ne parlerons pas des injections de pilocarpine qui ont l'inconvénient d'occasionner une salivation abondante qui peut asphyxier les malades pendant la période de coma. Nous dirons seulement un mot des bains chauds, qui ont été préconisés par l'école de Vienne, et en particulier par Breus. On met la malade dans un bain à 38 degrés, puis, on élève progressivement la température jusqu'à 42 ou 44 degrés. La durée du bain est d'environ une demi-heure, puis, au sortir de la baignoire, la malade est enveloppée dans des draps chauffés et des couvertures. Ces bains sont renouvelés deux ou trois fois par jour.

Injections de sérum artificiel et lavages du sang. L'avenir du traitement de l'éclampsie, comme de celui de toutes les intoxications, paraît devoir être dans les injections de sérum artificiel et dans les lavages du sang par les procédés que nous avons exposés tout au long l'an dernier dans un article du *Concours médical*. Nous y renvoyons pour l'exposé de la technique (nos 41, 42 du *Concours* (1896).

Pour terminer cette étude, nous emprunterons aux *Archives de Tocologie*, n° du 20 octobre 1895, un excellent résumé du traitement obstétrical que comporte l'éclampsie :

« Doit-on laisser la femme accoucher spontanément ? doit-on provoquer l'accouchement ? doit-on enfin pratiquer l'accouchement forcé ? Toutes ces méthodes ont leurs partisans. Nous allons indiquer rapidement les différentes idées des auteurs sur ce sujet :

« 1° Le travail n'est pas déclaré. L'éclampsie se voyant surtout chez les femmes enceintes, il n'est pas étonnant que les accoucheurs aient eu l'idée de provoquer l'accouchement, pour supprimer les attaques convulsives. Il n'est pas rare, en effet, de voir les accès disparaître après l'accouchement. Enfin, dans certains cas, la mort de l'enfant dans la cavité utérine a amené la cessation des accidents. Toutes ces raisons ont engagé des accoucheurs à débarrasser au plus vite la cavité utérine de son contenu. Parmi ceux-ci il faut citer Kiwish, Litzmann, Simon, Braün, Legroux, etc.

« On pourra se servir, soit de la bougie de Krause, soit des ballons dilatateurs. Contre cette manière de faire, on n'a pas manqué de donner de nombreuses objections. Si dans certains cas les accès diminuent après l'accouchement, il en est d'autres, où l'évacuation de l'utérus ne paraît pas modifier la marche de l'éclampsie ; du reste, tout le monde sait que cette affection peut se rencontrer dans les suites de couches. Mais la principale objection est que le travail se déclare presque toujours spontanément sous l'influence des crises d'éclampsie. Or, il est toujours dangereux de procéder à des manœuvres qui provoquent l'apparition d'accès, puisque le travail se déclare presque toujours spontanément ;

« 2° Le travail est déclaré. Un grand nombre d'accoucheurs (Dubois, Pajot, Charpentier, Tarnier, Budin) laissent dans ce cas le travail marcher spontanément, et, le plus souvent, la dilatation se fait rapidement. Quand la dilatation sera suffisante pour laisser passer le fœtus, on devra terminer rapidement l'accouchement par une application de forceps ou une version, suivant les cas.

« D'autres auteurs sont d'avis d'intervenir pour hâter le travail ; les uns emploient les moyens de douceur et, parmi ceux-ci, on peut citer le dilatateur de M. Tarnier et surtout la dilatation manuelle.

« En effet, avec ce moyen on arrive assez rapidement à dilater le col utérin, surtout chez les multipares. Haultain a employé ce procédé dans trois cas d'éclampsie grave et a eu trois succès pour les mères.

« D'autres accoucheurs sont d'avis de terminer l'accouchement le plus vite possible et à tout prix. Le principal défenseur de l'accouchement forcé dans les cas d'éclampsie est Dürhssen. Cet auteur n'hésite pas à pratiquer des incisions sur le col, allant jusqu'aux culs-de-sac vaginaux. Cette méthode est très dangereuse par les hémorrhagies graves qu'elle amène à sa suite et les déchirures du corps de l'utérus qui peuvent se produire au moment du passage du fœtus.

« Disons un mot, pour terminer, de l'opération césarienne qui a été proposée par Halbertsma, Muller, Poll, etc. ; nous pensons qu'en France bien peu d'accoucheurs seront de leur avis.

« Cette opération ne devra être faite que *post mortem* quand l'enfant reste vivant dans l'utérus de la mère.

« En somme, nous pensons qu'il est plus sage de ne pas provoquer l'accouchement dans l'éclampsie, puisque dans la plupart des cas le travail se déclare spontanément. Quand la dilatation sera suffisante, on devra débarrasser immédiatement l'utérus de son contenu. L'accouchement forcé sera réservé pour extraire un enfant viable en danger de mort, si la mère est à l'agonie. Quant à l'opération césarienne, elle ne devra être pratiquée que *post mortem*. »

Dr Paul Huguenin.

CLINIQUE OTOLOGIQUE.

Polypes de l'oreille.

Les polypes de l'oreille ne sont pas, dans la majorité des circonstances, des néoplasmes idiopathiques, c'est-à-dire qu'il est exceptionnel de les voir se développer spontanément dans cet organe. Ils naissent généralement d'un écoulement otique dont ils sont à la fois symptôme et complication.

Le plus souvent, en effet, c'est au cours de l'otorrhée (otite moyenne suppurée chronique) que le polype apparaît et alors naturellement il prend son implantation dans la caisse du tympan. Cependant on observe quelquefois des polypes insérés sur le conduit auditif externe exclusivement.

La dimension de ces néoplasies varie depuis la plus fine granulation jusqu'à la tumeur volumineuse qui sort du méat auditif ; mais en général on se trouve en présence de végétations multiples, arrondies, muriformes et sessiles, ou bien de un, deux polypes lisses, pédiculés, de la grosseur moyenne d'un pois.

Leur couleur, rose pâle, rappelle assez bien l'aspect général du polype muqueux des fosses nasales, mais un peu plus vascularisé toutefois, surtout en ce qui concerne les végétations de petite taille.

Leur lieu d'élection est l'oreille moyenne, plus particulièrement le toit et la paroi postéro-interne de la caisse. Les osselets, lorsqu'ils sont atteints de carie servent volontiers de point de départ au polype. Celui du conduit a sa base d'insertion habituelle en haut et en arrière, au voisinage du tympan.

D'une façon générale le polype de l'oreille coïncide toujours avec un écoulement purulent de cet organe dont il est le produit et qu'il contribue, d'ailleurs, à éterniser et à aggraver.

Ces néoplasmes en eux-mêmes n'ont guère de signes bien spécifiques et leur symptomatologie se confond avec celle de l'otorrhée. Aussi, pour le praticien peu familiarisé avec l'otoscopie ils passent facilement inaperçus, excepté les rares circonstances où la tumeur viendra faire hernie au dehors.

Cependant, il existe un symptôme, lorsqu'il est positif, qui devient presque pathognomonique d'un polype ou de végétations de l'oreille ; je veux parler de l'otorrhagie, d'ailleurs d'une importance capitale en l'espèce, puisque toute oreille qui saigne spontanément ou par un simple attouchement contient presque avec certitude des végétations polypoïdes dans sa profondeur.

D'une part, le néoplasme, comme corps étranger, augmente l'écoulement et dans quelques circonstances, il sera possible d'observer de la rétention purulente avec céphalalgie et bourdonnements par action mécanique de la tumeur.

Si on examine l'oreille avec l'otoscope, on peut ne rien voir de particulier lorsque le conduit est largement baigné de pus. D'ailleurs il faut toujours pratiquer une irrigation abondante et assécher soigneusement l'organe de façon à bien mettre au net tous les coins de l'oreille. Alors on apercevra les masses polypeuses et on se rendra exactement compte, en même temps, des autres lésions otiques. On reconnaîtra le volume, la teinte, le nombre des polypes, s'ils sont sessiles ou pédiculés et, dans ce dernier cas, à quel point de la caisse ou du conduit s'insère la racine. Cette dernière recherche est de beaucoup la plus délicate. Il faut bien prendre ses points de repère, surtout en ce qui concerne la mem-

brane ou le cadre tympanal, si la première est détruite. Le stylet sera manœuvré doucement et l'œil scrutera méticuleusement les derniers prolongements du néoplasme.

Une fois la tumeur sous les yeux, le diagnostic est fort simple et on ne peut guère la confondre qu'avec les tumeurs malignes. L'âge du malade, la coexistence de l'otorrhée, la rareté relative de l'épithéliome, l'aspect du néoplasme moins foncé, moins dur, moins mamelonné, l'absence d'adénopathie, l'évolution, enfin l'examen histologique seront les éléments de ce diagnostic.

Il va sans dire qu'un inventaire soigneux sera fait des autres lésions de la caisse et du conduit.

Le pronostic de cette affection est en lui-même assez bénin. Il est lié évidemment à la gravité de l'otorrhée ; aussi, quoiqu'il soit toujours indiqué de faire l'exérèse des polypes, il ne faudrait pas y insister outre mesure, s'ils récidivaient, mais chercher la cause de cette récidive et la traiter (extraction des osselets par exemple).

Cependant il faut savoir que l'ablation d'un ou plusieurs néoplasmes, surtout ceux du conduit, avec lésions otiques relativement récentes et sans carie osseuse très développée, suffit à amener la guérison de la suppuration d'oreille. On ne peut donc que retirer des bénéfices, petits ou grands, de l'ablation de ces tumeurs et on doit toujours la pratiquer.

Le traitement des polypes de l'oreille dépend de deux de leurs caractères : volume et pédiculisation. S'ils sont volumineux et pédiculés, on doit les enlever au serre-nœud, si non, s'adresser aux caustiques habituellement employés en otologie, acide chromique, perchlorure de fer, alcool, galvano-cautère, etc.

Avant toutes ces opérations, il est nécessaire de bien nettoyer l'oreille par une irrigation large et de l'aseptiser avec un bain d'acide phénique ou de phénosalyl à 1 pour cent. Il est avantageux également d'anesthésier la région en instillant quelques gouttes d'une solution de cocaïne à un dixième ou à un cinquième.

Le serre-nœud est un instrument connu. Il consiste à prendre la tumeur dans une boucle que l'on ramène le long du pédicule et à sectionner ce dernier en réduisant progressivement la boucle. On emploie ici du fil d'acier fin ou bien encore du crin et du fil de laiton. Il est bon de cautériser ensuite le pédicule avec un des caustiques dont nous parlons ci-dessous ou avec une perle de nitrate d'argent.

L'acide chromique est certainement l'agent le plus commode pour détruire les granulations larges et sessiles. Après l'avoir beaucoup employé, nous le considérons comme peu douloureux et comme donnant une réaction presque nulle.

On déposera sur la végétation un cristal d'acide chromique de volume en rapport avec cette dernière et presque aussitôt après on fera un lavage de l'oreille à l'eau bouillie tiède de façon à rejeter l'excès de caustique.

La solution officinale pure de perchlorure de fer est moins énergique, mais aussi moins délicate à manier. Elle est surtout indiquée lorsqu'il y a des granulations nombreuses, l'acide chromique étant alors trop actif et le perchlorure donnant en attouchements ou en bains de bons résultats. J'ai remarqué que l'action du perchlorure de fer, très faible lorsque les polypes sont intacts, c'est-à-dire recouverts de leur membrane enveloppe, était au contraire très nette lorsque ces derniers sont entamés. Il fera donc merveille après un premier curetage.

Terminons enfin avec le traitement par l'alcool, procédé lent, qui peut être confié au malade. Seul il n'agit qu'après une longue période de temps ; en tout cas on peut le combiner aux précédents.

Il faut employer de l'alcool absolu, dont on instillera matin et soir dix à vingt gouttes dans l'oreille, pendant cinq minutes. Si cette instillation est douloureuse, couper avec de l'eau tiède, mais le moins possible. Malheureusement, il arrive souvent que le malade ne peut supporter l'alcool aussi longtemps que le demanderait le traitement.

Docteur P. Lacroix.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Le privilège des frais de dernière maladie, établi par l'article 2101 § 3 du code civil, doit être entendu non seulement des frais de la dernière maladie du débiteur lui-même, mais encore des frais de dernière maladie des personnes, auxquelles l'humanité et la loi lui faisaient un devoir de donner des soins, et particulièrement de sa femme.

Ainsi jugé par le Tribunal de commerce de Besançon, aux termes de la décision ci-après rapportée :

Attendu que le docteur X... demande à être admis, par privilège, au passif de la faillite du sieur M... pour une somme de cent francs, montant des honoraires qui lui sont dus, pour soins donnés à la femme du failli pendant l'hiver 1894-1895 ; qu'il appuie sa prétention sur le paragraphe trois de l'article 2101 du Code civil, (modifié, in fine, par l'art. 12 de la loi Chevandier) qui attribue privilège aux frais quelconques de la dernière maladie, *quelle qu'en ait été la terminaison*.

Que le syndic reconnaît le principe de la dette, mais soutient que le texte de loi invoqué ne saurait recevoir son application que s'il s'agissait d'une maladie du failli ; qu'en l'espèce, la créance du docteur X... ne serait garantie par aucun privilège ;

Attendu que les termes de l'article invoqué par le demandeur laissant subsister un doute sur le point de savoir si le législateur a entendu protéger la personne seule du débiteur, en assurant la rémunération des soins qui lui seraient donnés pendant sa dernière maladie, ou s'il a voulu étendre la même protection aux proches auxquels ce débiteur doit aide et assistance ; que pour soutenir le premier système, on oppose aux paragraphes 2 et 3 de l'article 2101, relatifs aux frais funéraires et aux frais de dernière maladie, le paragraphe 5 qui concerne les fournitures de subsistances ; que l'on prétend que la loi, en désignant comme privilégiées certaines dettes faites par le débiteur pour les personnes de sa famille, a, par cela même, exclu du privilège toutes créances d'une autre nature se rapportant à ces mêmes personnes ;

Attendu, cependant, que la très grande majorité des auteurs s'accordent pour regarder comme privilégiés non seulement les frais funéraires exposés pour le débiteur, mais aussi ceux de ses proches ; qu'ils appuient cette solution sur des motifs de décence et de convenance et sur le respect dû aux morts ;

Attendu que, par un motif analogue, on doit appliquer le § 3 aux frais de maladie, nés de l'accomplissement par le débiteur des devoirs que lui imposent à la fois l'humanité et la loi ; que l'article 212 du Code civil fait au mari une obligation des soins donnés à sa femme, en cas de maladie ; que c'est interpréter justement l'intention du législateur que de garantir le paiement d'une dette imposée par la loi.

Par ces motifs,

Le Tribunal, jugeant en dernier ressort, dit que X... sera admis par privilège au passif de la faillite M .. pour la somme de cent francs.

La même solution devrait être adoptée s'il s'agissait d'honoraires pour soins donnés :

1° Aux père et mère du défunt ou du failli, par application de l'article 205 du Code civil.

2° A ses beau-père et belle-mère, par application de l'article 206 du même Code et sous les restrictions y stipulées.

3° A ses enfants et à ses gendres et belles-filles en vertu de la réciprocité édictée par l'article 207 dudit Code.

LORDEREAU,
Avocat, Conseil judiciaire
du *Concours médical.*

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Nous reproduisons l'article suivant de la *Revue médicale* de M. le Dr Archambaud et nous remercions sincèrement notre collègue.

Les œuvres de solidarité professionnelle.

Pendant que les journalistes mangent du médecin, pendant que les médecins se mangent entre eux, il est, travaillant sans bruit, sans réclame, une œuvre dont les bienfaits ne se comptent plus, nous voulons parler du *Concours médical*.

Cette œuvre compte déjà vingt années d'existence, plus de 4.000 adhérents, c'est-à-dire le quart des médecins de France s'y sont fait inscrire.

Avec une semblable armée, on pouvait livrer de glorieux combats, et les résultats obtenus montrent bien que tant d'efforts n'ont pas été vains.

C'est du *Concours médical* que sont sortis la plupart des *Syndicats médicaux*, bientôt réunis sous forme d'*Union des Syndicats*, *Union* qui, dernièrement, a quitté le nid maternel pour voler de ses propres ailes.

C'est au *Concours médical* que nous devons la *Caisse des pensions de retraite du corps médical français*, qui assure aux médecins, à un certain âge, le droit d'ajouter aux faibles économies amassées pendant les longues années d'une carrière de plus en plus pénible, une rente plus ou moins importante, rente qui, malheureusement, dans certains cas, constituera pour le bénéficiaire le droit de ne pas mourir de faim.

Réunir les confrères bien portants pour leur défense au point de vue professionel, prévoir leurs besoins lorsque la vieillesse les aura empêchés de continuer l'exercice de leur profession, n'a pas paru suffisant au promoteur du *Concours*, il fallait aussi venir en aide à ceux que la maladie mettait dans l'impossibilité de gagner leur vie. Alors est néc l'*Association amicale des médecins français en cas de maladie.* Cette association, qui date de trois ans à peine, compte déjà près de 500 membres et a distribué pour environ 15,000 francs d'indemnité.

Voilà tous les besoins prévus, ceux du médecin bien portant, ceux du médecin vieilli, ceux du médecin malade ; il fallait faire plus encore... que vont devenir la veuve et les orphelins quand il sera mort ?

C'est bien simple, il n'y a qu'à créer la *Caisse des pensions de droit des veuves et des orphelins du corps médical.* Lisez le dernier numéro du *Concours médical*, et vous y verrez que cette caisse est créée.

Dans un intéressant article, notre confrère, le docteur Cézilly, le créateur de toutes ces œuvres s'adresse aux femmes des médecins, non pour les effrayer en leur montrant les jours pénibles qui suivront la mort de leur mari, mais pour les engager à convaincre ce dernier qu'un petit sacrifice de sa part les mettra, elle et leurs enfants, à l'abri du besoin en cas d'accident.

L'œuvre est faite pour tous, pour ceux dont la situation est modeste, parce qu'elle répond à un véritable besoin, pour ceux dont la fortune est plus importante, parce qu'il s'agit d'une œuvre de solidarité.

Les Compagnies d'assurances sont obligées de partager des dividendes entre les actionnaires et de payer des armées de fonctionnaires : les dividendes destinés aux actionnaires sont même leur principal but ; aussi nous devons savoir gré aux initiateurs de semblables œuvres de mutualité, qui s'administrent elles-mêmes, sans frais, et dont le fait de verser des indemnités procure aux sociétaires non pas le regret d'une dépense obligatoire, mais la satisfaction d'un devoir accompli.

Des collectivités se formant de toutes parts pour nuire aux intérêts du corps médical, ce n'est qu'en nous réunissant en collectivités que nous pourrons résister.

L'ensemble des sacrifices que nous aurons à nous imposer sera largement compensé par les intérêts matériels et moraux que nous retirerons en nous associant de la sorte.

La cotisation demandée pour la caisse des veuves et orphelins est, par exemple, de 150 francs par an pour un médecin âgé de 30 ans, dont la femme a 27 ans ; moyennant cette minime cotisation, la veuve ou les enfants sont assurés d'une pension de 600 francs par an en cas de décès du mari.

Y a-t-il une seule compagnie d'assurances capable de nous rendre de semblables services ? D'autre part, dans notre profession, n'est-il pas de la sagesse la plus élémentaire de garantir notre famille, par tous les moyens possibles, dans le cas où nous viendrions à décéder ? Tous les jours en contact avec la maladie et avec la mort, exposés plus que tout autre aux dangers de la contagion, nous ne saurions trop faire acte de prévoyance en adhérant à toutes les œuvres confraternelles que crée l'initiative

de quelques hommes énergiques et dévoués à notre cause. Celles-là seules nous fourniront des garanties suffisantes.

Et si l'exemple peut ici être de quelque utilité, j'envoie aujourd'hui mon adhésion, considérant comme un honneur d'être inscrit dans les cent premiers.

Dr Paul ARCHAMBAUD.

Le Baccalauréat

La question du Baccalauréat revient à l'ordre du jour, il serait peut-être plus juste de dire qu'elle y était toujours restée, car la réforme mort-née proposée par M. Combes ne la résolvait guère, — et le nouveau Ministre de l'Instruction Publique, M. Rambaud, vient à son tour de proposer une solution, sous forme d'un projet de loi déposé sur le Bureau de la Chambre des Députés.

A coup sûr, le projet Rambaud est préférable à celui dont nous avions montré les multiples inconvénients; il renferme cependant une disposition critiquable à plusieurs points de vue.

Que les épreuves soient subies devant des agrégés de l'enseignement secondaire, présidés par un membre de la Faculté des lettres ou de la Faculté des sciences, au lieu d'être passées devant les seuls membres de l'enseignement supérieur qui ont bien autre chose à faire, peu nous importe.

Que le livret scolaire présenté par les candidats ait une importance plus grande que par le passé et que, dans l'examen, *les chances de loterie* soient un peu atténuées, nous y souscrivons bien volontiers.

Mais que sur le vu de ce livret, le jury puisse dispenser les candidats de tout ou partie des épreuves, cela nous semble absolument fâcheux et nous estimons qu'une telle mesure aboutira fatalement à la suppression de la valeur morale du baccalauréat, qui ne deviendra plus qu'un simple certificat de passage.

Est-on bien sûr que les notes portées sur le livret scolaire seront toujours sincères et correspondront véritablement à la réalité ?

Et puis, d'où émaneront ces livrets ? S'ils viennent des lycées universitaires, passe encore ; mais s'ils viennent des établissements libres, quelle garantie offriront-ils ?

Quoi qu'il advienne, on criera à l'injustice, à la faveur.

Le caractère propre du baccalauréat était, jusqu'ici, l'impartialité du jury pour tous, en dépit du *piston* dont l'influence était moindre qu'on était tenté de le croire dans certains milieux. Ce caractère disparaîtra nécessairement le jour où ce même jury pourra délivrer le *sastisfecit*, sans examen, car, il n'y a pas d'illusion à se faire; les dispensés, rares peut-être au début, deviendront de plus en plus fréquents et bientôt l'examen ne sera plus que l'exception.

Et pour nous qui considérons le baccalauréat comme une barrière nécessaire pour prévenir l'encombrement des professions libérales, nous ne pouvons que déplorer toute mesure qui abaisse cette barrière comme éminemment fâcheuse.

Voici le projet de loi auquel nous faisons allusion.

Exposé des motifs

Le baccalauréat est une institution, qui a soulevé, récemment encore, beaucoup de critiques : cependant nous ne croyons pas devoir vous en proposer la suppression ; il serait nécessairement remplacé, à l'entrée de chaque carrière, par un examen déjà analogue ou par une surcharge des examens déjà existants. Ces preuves nouvelles, si elles ont un caractère spécial, décourageront, parmi les élèves de nos établissements secondaires, tout effort vers la culture générale : si elles ont un caractère général, elles ne pourront être qu'une résurrection du bacalauréat, subi par les candidats dans des conditions qui, assurément, ne seraient pas meilleures que celles où ils le subissent aujourd'hui.

La critique la plus grave qu'on puisse adresser au baccalauréat actuel ou plutôt à la manière dont il fonctionne, c'est la part trop considérable qui est laissée au hasard de l'examen.

Le projet de loi a surtout pour but de la diminuer, d'une part, en attribuant une importance plus grande au livret scolaire, dont l'usage a déjà donné d'heureux résultats ; d'autre part, en associant dans la composition des jurys, aux professeurs de l'enseignement supérieur, les agrégés de l'enseignement secondaire, qui ont une compétence particulière pour déterminer avec précision ce que l'on est en droit d'exiger des élèves de cet enseignement.

Cette double disposition aura, en outre, pour effet, d'établir des rapports plus intimes, dans l'intérêt des études entre les deux ordres d'enseignement et d'accroître l'autorité des professeurs de l'enseignement secondaire sur les élèves.

Le droit réservé au ministre de nommer, parmi les professeurs des Facultés. les présidents et, parmi les agrégés de l'enseignement secondaire, les membres de ces jurys, aura pour résultat de désigner ceux de ces maîtres qui, par certaines qualités spéciales de leur esprit, paraîtront les plus aptes à remplir ces fonctions délicates.

Des présidents de jurys choisis avec discernement, maintenus aussi longtemps qu'il sera possible dans cette fonction, y acquerront une compétence de plus en plus grande ; occupant dans le jury une place prépondérante, plus particulièrement responsables de l'examen, ils offriront à l'administration et aux familles les garanties les plus sérieuses.

Jusqu'à présent, le ministre ne pouvait qu'inviter les jurys à tenir le plus grand compte du livret scolaire. Le projet de loi accorde à celui-ci une importance décisive : sur le seul examen du livret, les jurys peuvent dispenser le candidat de tout ou partie des épreuves ; c'est donc non d'épreuves plus ou moins aléatoires, mais du travail accompli pendant tous le cours de leurs études, que dépendra surtout le sort des candidats.

Le ministre se réserve, dans l'intérêt des familles, d'établir, dans un même ressort académique, plus d'un centre d'examen.

L'exécution de la loi proposée entraînera des dépenses nouvelles ; elles seront couvertes par un léger relèvement des droits d'examen et de diplôme.

PROJET DE LOI

Article premier. — Les examens, qui déterminent la délivrance des baccalauréats de l'enseignement secondaire, sont subis publiquement devant les jurys, formés d'agrégés de l'enseignement secondaire, présidés par un membre de la Faculté des lettres ou de la Faculté des sciences. Les présidents et les membres du jury sont nommés par le ministre de l'Instruction publique.

Art. 2.— Les candidats sont autorisés à présenter des livrets scolaires dont la forme sera déterminée par le ministre de l'Instruction publique.

Après examen de ces livrets, les jurys peuvent dispenser les candidats de tout ou partie des épreuves.

Art. 3. — Un décret rendu dans les formes pré-

vues par l'article 6 de la loi du 27 février 1880 déterminera les tarifs des droits d'examen à percevoir des candidats au profit du Trésor.

BULLETIN DES SYNDICATS

Union des Syndicats.

25 *novembre* 1866.

Présents : MM. Porson, *Président*, Cézilly, Mignen, de Fourmestraux, Pouliot, Le Blond, Lasalle, Cellier, Duchesne, Noir, Girard, Trévelot, Gairal, Vauday, Massart, Pobney, Codet, Cailleteau, Plantard, Jardin, Cousyn, Pollet, Maurat, Leroy, Codet, Salomon, Birabeau, Gourichon, Le Baron, Berthod, Philippeau, Philbert, de Grissac, Crouzeau, Gressin, Boudart, Pillet, Guilberteau, de Font-Réaulx, Langlois, Coumailleau.

Excusés : MM. Blaizot et Luneau.

Assistent à la séance : MM. Isaac, député ; Laborde, Lédé et MM. les délégués belges : Vaudam, Cuylits et Vauhassel.

—

Après le discours du Président, les rapports du secrétaire général et du trésorier, la discussion est ouverte sur les conclusions proposées par les diverses commissions.

Sociétés de secours mutuels.

L'assemblée générale adopte le vœu déposé par M. le Dr Cellier et admis par la Commission :

Ne sera autorisée par l'autorité, que la Société de secours mutuels établissant que, grâce aux cotisations des membres participants et à celles des membres honoraires, elle est en état d'établir un budget capable de couvrir les frais d'indemnité de maladie et les frais des soins médicaux et pharmaceutiques.

Elle adopte ensuite la proposition suivante formulée par M. Pollet au nom du Syndicat de Douai :

Le Bureau de l'Union fera valoir au près du Directeur Général de l'assistance médicale au Ministère de l'Intérieur, la situation délicate qui serait faite, au point de vue pécuniaire, aux bureaux de bienfaisance, si l'on tolérait la gratuité des soins médicaux et pharmaceutiques à donner aux ouvriers blessés au service des patrons (Loi en discussion au Sénat).

Hygiène et assistance publiques.

Le Président, après avoir constaté que, partout où les Syndicats s'en sont occupés, ce service fonctionne relativement bien, signale les écueils qu'il faut tâcher d'éviter :

1° Inscriptions trop peu nombreuses faites au commencement de l'année, d'où inscriptions d'urgence dans le courant de l'année, et partant, réduction du taux des indemnités.

2° Extension aux membres de la famille des droits donnés par l'inscription de l'un des siens.

3° Exagération des visites.

4° Exagération des prescriptions.

La Commission propose et l'Assemblée générale adopte le vœu de M. Lardier que l'assistance des agents subalternes de l'Etat, soit assurée au moyen d'une légère retenue sur leur salaire et d'un versement égal de la part de l'Etat.

Exercice de la médecine aux frontières par les étrangers.

L'Assemblée Générale sur les propositions de la Commission.

Considérant que le rapport de M. Beliet au comité consultatif d'hygiène, ne donne satisfaction qu'à un certain nombre des vœux du corps médical.

Considérant notamment qu'en ce qui concerne la 4° conclusion du rapport, savoir : qu'on doit permettre aux médecins étrangers d'exercer dans les communes rigoureusement limitrophes, cette désignation générale n'indique en aucune façon cette limite exacte et rigoureuse et qu'il y a lieu, en conséquence, de désigner nominativement les communes où pourra être autorisé l'exercice par les étrangers.

Qu'en ce qui concerne l'admission et la reconnaissance du droit, pour les médecins étrangers, de produire en justice ou devant les administrations publiques, des certificats parfaitement valables, il y a là une atteinte flagrante à la loi sur l'exercice de la médecine en France et il y a lieu de saisir de ces questions le Ministre de la Justice; considérant, enfin que, relativement à la fourniture de médicaments par les étrangers, il n'y a pas d'assimilation entre le droit strict qui appartient à ces derniers de fournir des médicaments et la simple tolérance accordée aux médecins Français ; que cette fourniture est aussi nuisible aux pharmaciens voisins qu'au fisc lui-même qui ne perçoit aucun droit sur ces marchandises ;

Considérant que la circulaire en date du 2 août 1896 adressée aux Préfets des départements frontières par le Ministre de l'Intérieur ne donne pas sur les points essentiels satisfaction complète aux vœux des syndicats,

Renouvelle ces vœux pour qu'il y soit donné le plus tôt possible entière satisfaction.

Compagnies d'assurances-accidents.

La Commission proposait l'adoption d'un tarif général basé sur celui que M. de Font-Réaulx avait élaboré pour le Syndicat de la Haute-Vienne, mais cette proposition, combattue par divers membres, est repoussée.

L'Assemblée adopte la proposition déposée par M. de Grissac du Syndicat de Versailles qui demande un tarif pour les seuls certificats d'origine et de terminaison de la maladie et laisse les soins soumis au tarif de la région.

Vérification des décès.

L'Assemblée Générale, considérant que la nécessité de la vérification des décès s'impose d'autant plus dans les campagnes que c'est là surtout que les inhumations précipitées ont lieu, émet le vœu que ce contrôle soit obligatoirement établi.

Le vœu sera adressé au Ministre de l'Intérieur.

Nouvelles Facultés de médecine.

L'Assemblée adopte le vœu présenté par le Syndicat de Montaigu qu'il ne soit plus créé de nouvelle faculté de médecine.

Loi sur l'exercice de la pharmacie.

L'Assemblée décide que des démarches nouvelles seront faites près de la Commission, l'Union devant avoir une autorité plus considérable que les Syndicats isolés.

Questions diverses.

Divers vœux sont émis concernant la patente des médecins, la double patente des médecins des villes d'eau, la nécessité de réglementer la profession de bandagiste, etc... puis l'Assemblée s'occupe de divers faits d'exercice illégal.

Sur la proposition de M. Gairal, l'Assemblée décide que le Bureau de l'Union aura le rôle d'arbitre définitif, en cas d'appel devant lui, d'une décision rendue par un Syndicat.

Elle émet enfin un vœu en faveur de la création d'un ordre des médecins.

Modification aux statuts.

L'article 9 sera désormais rédigé de la manière suivante :

Le Bureau se compose d'un Président, de quatre Vice-Présidents, d'un Secrétaire Général, d'un Secrétaire Général adjoint, de deux Secrétaires et d'un Trésorier.

A l'article 13, sera ajouté le paragaphe suivant :

Le Bureau désigne pour l'étude des questions qui intéressent l'Union, des Commissions d'étude. Il délègue ses pouvoirs à une Commission permanente formée des membres mêmes du Bureau et des Présidents et Secrétaires, des commissions d'étude. Cette Commission peut prendre toutes les décisions urgentes sous sa responsabilité sauf à en réferer aux reunions plénières du Bureau qui pourra leur opposer son veto.

Les membres de la Commission permanente pourront prendre part aux délibérations du Bureau.

Elections.

Sont élus ou réélus membres du Bureau :

Vice-Présidents : MM. Pouliot et Le Blond.
Secrétaire Général: M. Noir.
Secrétaire Général adjoint : M. Girerd.
Secrétaire des séances : M. Helme.

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques. — Parmi les médecins qui ont obtenu des distinctions honorifiques, nous relevons les noms des Membres du Concours, suivants :

Officiers de l'instruction publique. — MM. les docteurs *Sicard* (de Castres) et *Tronche* (de la Réole).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs *Josephson* et *Carlier* (de Paris), *Bertrand* (de Roanne), *Laffargue* (de la Tresme), *de Lengenhagen* (de Cannes), *Lecène* (du Havre), *Maguin* (de Château-la-Vallière), *Malteste* (de Ruffec), *Massin* (de Vauconcourt), *Menut* (de Vernoil-le-Fourrier), *Pech* (de Verrières-le-Buisson), *Piazza* (de Coti-Chiavari), *Poueydebat* (d'Aramits), *Rancurel* (d'Uzès), *Raynaud* (des Essarts), *Senebier* (de Mens), *Soueix* (de Saint-Girons), *Vaquier* (de Villiers-sur-Marne et *Wimy* (de Pierrepont).

Nous avons le plaisir de noter que M. le docteur *Sanrey* (de Batna), membre du « Concours Médical », vient de recevoir une *médaille de vermeil*, du Ministre de l'Intérieur, en témoignage du dévouement dont il a fait preuve, au cours de l'épidémie de typhus en 1896.

Concours de l'internat. — Ce concours vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires.

1. MM. Lereboullet, Lenormant, Rudaux, Pédeprade, Tournemelle, Mouly, E. Weill, Clerc, Leven Labey (Georges).

11. MM. Oppenheim, Couvelaire, Fresson, Larrieu, Jousset, Bacaloglu, Masbrenier, Guillot (Maurice), Guilbaud, Monthus.

21. MM. Radok, Hivet, Delestre, Iselin, d'Herbécourt, Bastouil, Minet, Celos, Mauger (Adrien), Sauvage.

31. MM. Caboche, Nattan, Cochemé, Guéry, de Font-Réaulx, Michaut (Charles), Pelisse, Mauger, Sicard, Michaux (Georges).

41. MM. Zimmern, Malartre, Devé, Ravaut, Barbarin, Bernard (Henry), Hauser, Fossard, Tissot, Chalochet.

51. MM. Bluysen, Froussard, Jacomet, Jalaguier, Besnard (Armand), Loewy, Schwartz, Clermont, Aufnoir, Mesnard.

Internes provisoires.

1. MM. Langlet, Lévy (Jules), Talandier, Janot, Herscher, Stanculéanu, André, Desjardins, Sikora, Chifoliau.

11. MM. Prot, Poulain (Albert), Le Roy des Barres, Petit (Jean), Loubet, Degorce, Arnaud, Tardif, Gueniot, Bourgeois (Henri), Roux (Marcel).

21. MM. Pagniez, Moret (Louis), Deroyer, Rellay, Tesson, Elias, Weill Benj, Dardel, Lusgarten, Legay.

31. MM. Arnal, Mousseaux, Ferrand (Jean), Chevry, Chauveau, Esmonet, Lamouroux, Weil (G.), Laubry, Godineau.

41. MM. Rollet, Voisin (Henri), Zamfiresco, Nicaise, Lagrange, Fernique, Labbé (Raoul), Le Meignen Bonnel, Daniel.

51. MM. Géraudel, Silhol, Léo, Croisier.

— *L'état sanitaire et l'impôt sur les successions* — M. le ministre des finances vient de constater, par un rapport officiel, que l'état sanitaire excellent pendant l'année 1896, a fait baisser de douze millions le rendement de l'impôt sur les successions.

Les médecins et les hygiénistes n'en font jamais d'autres. Si vous croyez après cela que le gouvernement va s'intéresser à eux, convenez qu'il aura du mérite à le faire.

—Nous souhaitons la bienvenue à deux nouveaux journaux : La *Médecine orientale* de M. le Dr *Michel Kobas* destiné à l'étude spéciale des maladies qui règnent en Orient. Abonnement 6 fr. et à l'*Opinion médicale*, de notre confrère, M. le Dr *Lagelouze*, 64, rue de Sèvres, qui se propose spécialement le soutien de l'enseignement libre et des intérêts professionnels, prix d'abonnement 6 fr.

Le journal se qualifie *absolument indépendant* ; que notre distingué collègue nous permette de lui faire remarquer que ce sous-titre pourrait être considéré comme peu charitable pour la plupart des journaux de médecine, qu'ils soient ou non, la propriété d'un *éditeur*.

Il suffit de lire les articles de M. Lagelouze pour constater, sans sous-titre, son indépendance d'esprit.

—*Exercice illégal de la Médecine.* —Un droguiste nommé B. . et un capitaine du 61e d'infanterie ont été arrêtés à Privas (Ardèche) sous l'inculpation d'avortement. B... est en outre poursuivi pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie.

—*Congrès de Moscou* (19-26 *août* 1896). — Les Compagnies de chemins de fer français (Ouest, Nord, Paris-Lyon-Méditerranée, Est, Orléans), ont accordé une réduction de 50 % aux médecins français voulant assister au XIe Congrès international de médecine, qui aura lieu à Moscou du 19 au 29 août prochain.

Pour obtenir cette réduction, il est indispensable de se faire inscrire le plus rapidement possible aux bureaux du *Comité national français d'initiative et de propagande du XIe Congrès international de médecine de Moscou*, 14, boulevard Saint-Germain, Paris, de 9 heures du matin à 7 heures, sauf les jours fériés.

—*La Forêt-sur-Sèvre. — Un rebouteur.* — M. Baty, adjoint au maire de la commune de Forêt, vient d'être condamné par le tribunal correctionnel de Bressuire, pour exercice illégal de la médecine, à 100 fr. d'amende et à 200 fr. de dommages et intérêts au profit du Syndicat médical du département des Deux-Sèvres.

Me Ardouin, avoué à Bressuire, défendait le sieur Baty.

Les intérêts du Syndicat médical étaient confiés à Me Paul Mercier, avocat à Niort.

— *La lutte contre la tuberculose.* — Il convient d'enregistrer toutes les idées formulées à ce sujet, car, irréalisables parfois à l'heure où elles sont émises, elles trouvent souvent plus tard leur application. Quel obstacle y aurait-il à étudier celle que vient de donner M. le Dr Séailles, à la Société des bureaux de bienfaisance ? Il la présente en ces termes :

« On pourrait, peut-être, créer autour de Paris, « dans la zone militaire ou dans les bastions inoccu- « pés, de petits hôpitaux-chalets, facilement des- « tructibles, où l'on enverrait les tuberculeux qui le « désireraient.

« A portée de chaque arrondissement périphéri- « que un, deux ou trois chalets seraient installés « pour les malades de la circonscription désignée ; « la famille peu éloignée pourrait visiter facilement « les malades aimés et, au besoin, le médecin du « bureau de bienfaisance de l'arrondissement limi- « trophe pourrait y donner les soins aux indigents « tuberculeux qui y seraient transportés.

« Ce n'est qu'une idée, mais des idées émises « jaillit souvent la lumière. Malgré tout il faut arri- « ver par un moyen ou par un autre à préserver la « société de cette barbare invasion. Au plus vite « les sanatoria, au plus vite les petits hôpitaux- « chalets, plus d'agglomération et à bientôt une ère « nouvelle, où la tuberculose ne sera plus qu'une « rareté, comme la variole. »

— *Les baccalauréats Rambaud.* — L'ancien ministre de l'instruction publique, M. Combes, avait menacé de mort les baccalauréats, et proposait de les remplacer par de simples certificats de fin d'études secondaires.

Un projet de M. Rambaud, le ministre actuel, va remettre la question sur le tapis. Il est ainsi conçu :

Article premier. — Les examens qui déterminent la délivrance des baccalauréats de l'enseignement secondaire sont subis publiquement devant les jurys, formés d'agrégés de l'enseignement secondaire, présidés par un membre de la Faculté des lettres ou de la Faculté des sciences. Les présidents et les membres des jurys sont nommés par le ministre de l'instruction publique.

Art. 2. — Les candidats sont autorisés à présenter des livrets scolaires dont la forme sera déterminée par le ministre de l'instruction publique.

Après examen de ces livrets, les jurys peuvent dispenser les candidats de tout ou partie des épreuves.

Art. 3. — Un décret rendu dans les formes prévues par l'article 6 de la loi du 27 février 1880 déterminera les tarifs des droits d'examen à percevoir des candidats au profit du Trésor.

— *Le service médical de nuit à Paris.* — Le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement, a tenu séance plénière le 11 janvier sous la présidence de M. le Dr E. Desnos.

Après un discours plein de modération et de sagesse du président, il a adopté l'ordre du jour suivant au sujet du conflit qui divise les médecins de nuit et la préfecture de police :

« Le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement réuni en assemblée plénière, s'associant aux protestations des médecins de nuit, et considérant comme impraticable le nouvel état de choses, soumet au conseil municipal la nécessité de revenir à un système compatible avec la dignité professionnelle et avec l'intérêt des malades. »

— Vient de paraître l'**Annuaire médical et pharmaceutique Roubaud de 1897**, publié par l'*Agence des Publications médicales et scientifiques*, 21, rue de la Monnaie, à Paris.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.154. — M. le docteur Malzac, de Lasalle (Gard), présenté par M. le docteur Tarron, d'Anduze (Gard).

N° 4.155. — M. le docteur Thenoz, de Nolay (Côte-d'Or), membre du Syndicat de la Vallée-de-la-Dheune.

N° 4.156. — M. le docteur Duchesne, d'Orbec (Calvados), vice-président de la Société de médecine de Caen.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le vif regret de faire part, à nos lecteurs, du décès de M. le Dr Brunet de Châteauneuf-sur-Loire (Loiret). Notre infortuné confrère succombe à l'âge de 39 ans ; il laisse une nombreuse famille et des regrets dans le cœur de tous ceux qui ont pu le connaître et l'apprécier. Par les soins du Concours, il avait pris la succession du Dr Viger, nommé député au parlement.

Nous avons aussi le regret d'annoncer le décès de M. le docteur Ernoul, de Saint-Malo (Ille-et-Vilaine).

BIBLIOGRAPHIE

Des principales méthodes appliquées en ophtalmologie au diagnostic des maladies nerveuses, par A. Oliver. — Traduit de l'anglais, par le Dr S. Baudry, professeur à la Faculté de médecine de Lille. Prix : 1 franc. Tallandier, éditeur, 11 et 13, rue Faidherbe, Lille.

L'importance de l'étude de l'œil, au point de vue du diagnostic des affections nerveuses d'origine cérébrale n'est plus à démontrer : tout bon clinicien, dans le domaine de la pathologie cérébrale, doit être doublé d'un excellent ophtalmologiste. Encore ne suffit-il pas de savoir manier l'ophtalmoscope.

Sans doute, l'état du fond de l'œil fournit de précieux renseignements : le degré d'anémie ou de congestion des vaisseaux rétiniens reflète assez exactement l'état vasculaire du cerveau ; les hémorrhagies, les névrites sont autant de symptômes de la plus grande valeur pour diagnostiquer une affection cérébrale.

Mais l'examen anatomique et fonctionnel du globe oculaire présente peut-être encore plus d'intérêt lorsqu'il s'agit de déterminer une localisation cérébrale ; l'étude des réflexes pupillaires, la mensuration des champs visuels sont, en pareil cas, de la plus haute importance.

Pour mener à bien ces investigations et tirer de l'œil tout ce qu'il peut donner comme éléments de diagnostic, il faut procéder à son examen méthodiquement, et c'est précisément le but qu'a poursuivi le Dr Oliver, dans son travail : *indiquer la meilleure marche à suivre pour faire cet examen complètement, au point de vue clinique.*

L'auteur divise en quatre chapitres les diverses méthodes de recherches des symptômes oculaires en rapport avec les affections nerveuses : le premier et le second sont consacrés à l'examen subjectif et objectif des parties sensorielles de l'organe de la vision (acuité visuelle, sens chromatique, champ visuel), le troisième et le quatrième à l'examen objectif et subjectif de la motilité de l'œil.

Dans ces chapitres sont condensés tous les modes d'exploration connus des oculistes, mais peut-être trop ignorés de la généralité des médecins, même de ceux qui s'occupent des maladies nerveuses. Le Dr BAUDRY a donc fait œuvre utile en traduisant l'ouvrage d'OLIVER qui sera surtout d'une grande ressource pour les praticiens éloignés des grandes villes et privés du concours d'ophtalmologistes ; ils trouveront dans cette courte brochure, d'une lecture facile, tous les renseignements qu'ils perdraient leur temps à chercher épars, dans de volumineux traités.

Dr Dujardin.

Le Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 6 6 Février 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La suppression des monopoles médicaux.

Nous avons assez l'habitude de répéter, entre médecins, que nous sommes des fanatiques de l'indépendance, que l'égalité des droits et des devoirs dans la vie professionnelle, est tout à fait désirable, que notre culte pour la liberté individuelle du médecin va jusqu'à lui faire sacrifier des créations utiles, comme celle de l'Ordre. des médecins, des Chambres médicales, etc ..

Ces choses-là se disent beaucoup, mais elles ne se font guère. Dans la pratique, nous ne restons ennemis des petits monopoles et des situations privilégiées, que si on les réserve aux autres. Trop rares sont les confrères qui devant cette question : « Voulez-vous être *le* médecin de ... tel service ? » répondent : « Mon unique désir est de partager celui-ci avec mes collègues, parce que nos droits sont égaux. »

C'est pourtant le seul moyen de donner une base sérieuse à l'entente et à la solidarité. On ne sortira jamais, sans cela, des conflits perpétuels engendrés par la situation présente.

Dernier venu dans une petite localité, plein d'égards pour vos aînés, soucieux de ne les molester en rien, vous n'arriverez pas à louvoyer huit jours entre leurs domaines respectifs, sans toucher sur un écueil, c'est-à-dire, sans empiéter sur le monopole de tel ou tel confrère, qui va désormais vous avoir à l'œil.

Même après de longs services rendus à une population, vous pouvez être exproprié de tel ou tel lopin du champ d'activité professionnelle, parce qu'un confrère accepte la charge de le défricher *seul*.

Nous ne pouvons trouver mauvais que le concours donne accès à des situations exigeant des connaissances au-dessus de la moyenne, nous demandons aussi que certaines fonctions, comme celles de médecin-légiste, ne soient accordées qu'après constatation d'aptitudes spéciales. Tout cela est de justice absolue.

Mais il est illogique, injuste, dangereux, qu'un médecin accepte, du premier maire venu, même d'un préfet plus ou moins renseigné, le mandat de remplir seul un service, au besoin dans la clientèle de ses voisins, aussi capables que lui. C'est ouvrir la porte à des contestations que la plus grande délicatesse n'évitera jamais complètement.

Quelques-uns d'entre nous croient devoir tenir compte du goût qu'ont les Sociétés et les administrations de n'avoir affaire qu'à un seul. C'est là une concession dangereuse et non fondée. Dangereuse, parce qu'elle nous plonge dans l'isolement qu'on exploite. Mal fondée, attendu que nous ne devons pas admettre la compétence de ceux qui prétendent nous juger sur d'autres documents que notre diplôme.

Au contraire, suivant nos exhortations incessantes, en certains endroits, les médecins ont mis en commun, depuis une dizaine d'années, tout ce qui était monopolisé sans raison par tels d'entre eux. Le résultat de cette mesure a été immédiat : accord absolu, bonnes relations, solidarité effective, confraternité agissante et non réduite aux banales formules.

On peut l'affirmer sans crainte d'erreur, si cette détermination était prise par tous les médecins des petites villes et des campagnes, la cause pour laquelle nous luttons triompherait le lendemain, sans retour offensif possible.

Quel est le Syndicat qui, comprenant *tous* les médecins d'une région, proposera de refaire la nuit du 4 août ?

Celui-là aura bien mérité de la profession. Nous attendons qu'il donne l'exemple ; il peut compter que nous lui ferons la plus large publicité.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'hépatoptose.

Dans une récente thèse, M. le Dr *Sangline* vient de passer en revue les différents troubles et les principaux symptômes qui sont provoqués par le déplacement du foie (hépatoptose, chute du foie).

Nous en empruntons le résumé au *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

L'hépatoptose, qui se rencontre d'ailleurs presque toujours chez les femmes, se produit surtout chez celles qui présentent une éventration ou ont eu des grossesses répétées.

Chez les malades qui ont un déplacement du foie, le plus commun des symptômes est la sensation d'une pesanteur habituelle et d'un tiraillement constant vers l'hypochondre droit; la douleur s'exagère par les moindres mouvements et irradie dans différentes directions. Le décubitus latéral droit n'est pas toléré, et les vomissements, le manque d'appétit sont fréquents.

A ces symptômes habituels viennent s'ajouter des accès paroxystiques dont l'acuité est parfois assez intense pour faire croire à une maladie plus sérieuse: des troubles digestifs variés les accompagnent, tantôt le météorisme et tantôt la constipation. Dans ces crises aiguës, on constate une sensibilité excessive des viscères abdominaux et une véritable hypéresthésie des parois du ventre. Le système nerveux finit à la longue par s'en ressentir et l'hystérie, l'hypochondrie en résultent, comme il arrive pour les reins mobiles.

Ces accès douloureux peuvent être assez intenses pour simuler une colique hépatique, surtout lorsque l'ictère apparaît. L'hépatoptose peut, en effet, donner naissance à un ictère plus ou moins développé, par la coudure ou la torsion du cholédoque, obstruant momentanément les voies biliaires et causant un ictère par rétention. Il existe même des cas d'hépatoptose dans lesquels la lithiase biliaire existe réellement, affirmée par la présence de calculs, sans qu'on puisse dire s'il y a là un rapport de cause à effet.

Les signes physiques sont beaucoup plus importants, car ce sont eux qui décident du diagnostic. L'inspection de l'abdomen fait constater la forme du ventre en besace, du ventre pendant (Landau), et ce fait est vérifié dans toutes les observations: on observe fréquemment une véritable éventration. Il présente de l'asymétrie due au volume du foie tombé. La palpation est le meilleur mode d'investigation. On sent d'habitude au voisinage de l'ombilic et dans l'hypochondre droit une tumeur que les malades désignent eux-mêmes. En général, le foie descend en masse, et sans exécuter autre chose qu'un mouvement de bascule. Il devient rétro-ombilical; sa face supérieure convexe reste supérieure et le bord tranchant reste antérieur. Mais le foie peut également se renverser.

Il faut chercher à délimiter l'organe, rechercher l'encoche du ligament falciforme, percevoir sa consistance, vérifier sa mobilité. La palpation doit être faite tour à tour dans le décubitus dorsal et latéral, dans la station verticale et la station assise: pour cette dernière investigation, le malade doit tenir le corps légèrement penché en avant, les bras étendus, les mains appuyées au dossier d'une chaise ou sur les genoux mêmes. Le médecin doit se placer latéralement et un peu en arrière pour palper l'hypochondre, les mains étant situées dans l'attitude qu'elles auraient, s'il palpait son propre corps; les sensations sont ainsi mieux perçues (Létienne).

A part les cas aigus de luxation du foie pouvant amener la mort brève, le pronostic de l'hé-

FEUILLETON

Quatrième aux bacheliers.

Apologie de la profession médicale.

Le défenseur a *toujours, le* dernier, *la* parole *et le* jugement est souvent rendu sous l'impression qu'il a produite.

Mais, je vous supplie de ne pas oublier le réquisitoire de l'avocat général. Relisez mes trois premières lettres après celle-ci, et rendez ensuite l'arrêt sans vous soucier autrement d'un vice de forme dans les débats. (Voir nos 20-31-46, 1896).

.... Cessons donc un instant nos doléances qui n'ont rien d'outré et sont, hélas! au-dessous de la vérité, et portons notre esprit vers les compensations et les joies que peut offrir la profession médicale.

Ces satisfactions sont d'ordre moral, vous le pensez bien: inutile d'en attendre et d'en chercher d'autres. — A supposer qu'il y en ait de matérielles, dédaignez-les comme rares ou inférieures.

L'Etat vous a conféré un diplôme qui n'est pas sans valeur; mais quoique l'Etat ne vous garantisse que l'impôt et la patente de *luxe*, perçus toujours et quand même, vous rehausserez la valeur intrinsèque de ce diplôme, par votre travail continuel, votre tâche dignement remplie, votre rôle social accompli avec conviction et désintéressement.

Par ces temps de philanthropie, de mutualisme et de socialisme à outrance, dont le médecin fait tous les frais, sans en avoir toujours l'honneur, vous aurez au moins le plaisir d'être un homme *connu.*

— *Au bout de peu de temps, vous serez apprécié* dans une vaste région, dont vous deviendrez, plus tard, le seul docteur sérieux et capable. Vous en entendrez dire autant de vos confrères, mais votre modestie n'en sera que plus flattée. — Le médecin est connu de tout le monde. Pendant plusieurs générations on parle de lui. Au cours de sa carrière il a vu et soigné des familles innombrables. De tout petits enfants ont grandi, se sont mariés, et les enfants de ces enfants sont entre ses mains... Dans un rayon considérable, on se dit: « Ah! c'est le docteur X... qui vous a soigné! c'est un bien bon médecin! c'est lui qui a guéri ma fille d'une rougeole, mon garçon d'une fièvre typhoïde, ma mère d'une fluxion de poitrine. » — Ces choses répétées flattent l'amour-propre, de même qu'il est flatteur d'entendre des étrangers éloignés de votre résidence dire à une autre personne: « Ah! vous êtes de tel pays! Eh bien! mais vous connaissez le docteur X...? — Parfaitement! — En voilà un qui s'y connaît! on va le consulter de toute part! » — Bref! le médecin est un *personnage.* Quelquefois, après l'avoir quitté on est bien heureux de le retrouver et alors il est doux d'entendre dire: « Il n'y a encore rien de tel que le docteur X. ! »

Le médecin a une réputation qu'il ne choisit, ni ne recherche. On la lui fait malgré lui, sur des apparences et des dons naturels qu'il ignore lui-même. On le dit médecin des enfants !... — chirurgien !... — accoucheur !... — Lui-même cherche souvent le pourquoi de ces attributions. Il est la chose du public qui le juge, le qualifie et le déifie à plaisir... Le public procure même des douceurs au médecin

patoptose elle-même est en général bénin. Mais la persistance de cet état anormal, la difficulté qu'on a d'y remédier, rendent cette affection douloureuse, gênante et en font une source de troubles multiples à répétition.

On peut quelquefois y remédier par une ceinture avec une pelote en forme de croissant. Ce procédé a parfaitement réussi chez une malade de M. Siredey présentant un énorme déplacement du foie. Il est un certain nombre de cas où le chirurgien pourra intervenir et pratiquer une hépatopexie.

MÉDECINE PRATIQUE

Contagion de la coqueluche.

Dans le monde médical, comme dans le public en général, la coqueluche est considérée comme une maladie éminemment contagieuse à toutes ses périodes, et l'on peut constater facilement avec quel soin jaloux les mamans cherchent à préserver leurs enfants du contact des coquelucheux, dans les promenades ou dans les voitures publiques.

Les médecins écartent aussi, impitoyablement, des écoles et des jeux en commun avec les autres enfants, tous les enfants ayant des quintes de coqueluche.

La rigueur, en fait d'isolement, pour les maladies contagieuses, est certes une excellente chose. Mais est-elle toujours applicable strictement et est-elle toujours justifiée pour la coqueluche ? Là est la question. On a posé des limites fixes pour l'isolement des rubéoleux, des scarlatineux, des varioleux, des typhiques, des ourliens, etc. ; on a un moyen mathématique (l'examen des sécrétions pharyngo-nasales au microscope), pour savoir à quel moment les diphthéritiques cessent d'être contagieux et peuvent être rendus à la vie commune.

Mais, ignore-t-on que la coqueluche imprime souvent, aux rhumes qui peuvent la suivre, un caractère quinteux spécial à la toux ? Si on écarte tout enfant qui a une quinte de coqueluche ou une toux coqueluchoïde, combien de temps pourra durer cette quarantaine ? sur quelles bases se fixera-t-on pour faire cesser l'isolement ? c'est là un point obscur sur lequel les opinions sont aussi nombreuses que les médecins eux-mêmes, et à ce sujet, nous pensons que de patientes recherches sont nécessaires pour établir une règle un peu précise. M. le Dr *Weill*, de Lyon, et son élève le Dr *Biérer*, viennent de commencer ces recherches et de les réunir en une très intéressante thèse de doctorat, soutenue à Lyon le 8 décembre 1896 (1). Nous allons donner à nos lecteurs le résumé des idées exposées et démontrées dans cette thèse.

I

LA COQUELUCHE EST-ELLE CONTAGIEUSE ?

Stoll, Laënnec, Billard niaient la contagion de la coqueluche. Aujourd'hui, on la prétend contagieuse partout et pendant toute sa durée : *in medio stat veritas*. La coqueluche est contagieuse, mais pas pendant toute sa durée. C'est Willis qui le premier a déclaré la contagiosité de la coqueluche (1682) ; mais c'est *Guersant* qui proclama que la coqueluche était une affection *spécifique* aiguë inflammatoire (catarrhe spécifique des bronches, avec lésions de l'innervation de l'appareil respiratoire).

Longtemps on a erré dans de vagues hypothèses pour expliquer la pathogénie de la coque-

(1) Thèse du Dr Biérer. Lyon 1896, chez A. Rey, 4, rue Gentil.

---

jusque dans les excuses qu'il lui fait, après avoir été justement, quoique vertement, gourmandé par lui.— Cela tient au caractère particulier, au cachet indélébile donné par la profession permettant au médecin d'être au-dessus de tous, avec rondeur et familiarité. — D'humeur gaie, de physionomie avenante, affable envers tout le monde, sa science, son esprit supérieur et libre, le placent au-dessus des autres, tout en restant en apparence à leur niveau. — Confident et ami de tout le monde, il est aimé, considéré, recherché, jamais envié, ni craint. Chaque passant rencontré est un ami qui reçoit un bon mot, en échange d'un salut. — Ses connaissances générales et ses capacités spéciales sont sollicitées de tous côtés, et ses conseils toujours acceptés. — Il pénètre, règne et domine partout. Il est porté sans jalousie et par la force des choses et le respect de ses semblables, à toutes les situations, tous les honneurs dont on puisse charger un homme. — Il a la confiance universelle et la direction même des intérieurs. — Il est le soutien bienveillant, le consolateur non redouté de toutes les misères et de toutes les infirmités. — Son caractère sacerdotal, moins grave, moins abstrait, moins gourmé que celui du prêtre ; son action plus directe, plus efficace sur les âmes, plus précise, plus humaine, le placent au-dessus du prêtre qui, lui, ne donne pas l'*illusion*.

On a la plaisanterie facile envers le médecin, qui s'y prête volontiers d'ailleurs, lorsqu'on est en bonne santé, mais on le recherche en hâte dès que la machine humaine fonctionne mal. — Sa puissance consolatrice est considérable. Même pour les croyants, elle surpasse celle du prêtre...

N'est-ce pas une admirable profession que celle qui élève un homme au-dessus des autres par sa science, par la grandeur de ses fonctions ; qui l'investit d'un caractère sacré, d'une forme spirituelle (à côté de la religion) comparable à celle du prêtre ; qui lui donne en outre des moyens temporels capables de ranimer les courages, les défaillances, les désespoirs, là où la religion échoue ?

Est-ce une chose ordinaire, pour un homme, d'être appelé par son semblable « mon sauveur ! — le sauveur de mon enfant ! » ?

Est-ce un fait banal de soulager la douleur, d'améliorer les maladies chroniques ou incurables, — d'être recherché, attendu, désiré, sollicité ; — « c'est lui qu'on veut et pas un autre » — de recevoir l'expression de la gratitude et de la reconnaissance de tous ?

N'y a-t-il pas quelque chose de merveilleux dans la rencontre du médecin et de l'agonisant qu'il ranime, dans la persuasion donnée qu'il sera mieux tout à l'heure, sachant qu'il sera mort ?

Les paroles dernières qu'il adresse au moribond déjà glacé par la mort, aux yeux ternes, immobiles, sont toujours bienvenues. Sa dernière poignée de mains est toujours douce. Son dernier mensonge toujours avidement écouté. — A la voix connue de son médecin, le mourant entr'ouvre ses yeux voilés, répond encore à l'étreinte de la main, trouve la force de sourire, et sur le point de franchir l'espace qui le sépare du mystère, renaît une seconde à l'espoir. — Cette éloquence des yeux éteints qui se raniment pour appeler une dernière fois au secours ; ce dernier geste qui parle au médecin et l'invoque d'une façon si expressive ; cette compréhension

luche : *Linné* a accusé les insectes, *Letzerich* a imputé la coqueluche à des champignons à mycélium, *Burger*, *Afanassief* (1886), *Ritter*, ont décrit des bactéries ou des diplocoques plus ou moins fantaisistes, dont la spécificité n'a jamais été démontrée. En fait, on ne connaît pas encore le microbe spécifique de la coqueluche, mais, il est certain qu'il existe, vu l'analogie du mécanisme de la contagion avec d'autres maladies dont on a trouvé le germe pathogène. On n'a pas encore trouvé le microbe de la coqueluche, parce qu'on a dirigé ses recherches sur les expectorations provenant des quintes ou sur des pièces pathologiques provenant de poumons infectés de broncho-pneumonie pendant la période des quintes. Or, à cette période, la maladie n'affecte plus le caractère de contagiosité, qui fait soupçonner la présence d'un germe pathogène dans les excrétions.

L'organisme présente à la contagion de la coqueluche un certain nombre de moyens de résistance, qui sont : l'*infection antérieure et l'immunisation* qu'elle procure, *l'adolescence et l'âge adulte*. La coqueluche est une maladie de l'enfance qui se rencontre surtout de 2 à 7 ans. Mais on la constate chez les nouveau-nés, aussi bien que chez des jeunes gens, des adultes et même des vieillards : quoique rares, ces faits ont été dûment constatés. Ce qui explique la rareté de la coqueluche à un âge avancé, c'est l'existence d'une première atteinte pendant l'enfance.

Pour qu'il y ait contagion, il faut d'ailleurs *un contact suffisamment prolongé*, et cependant, d'après Roger, la transmission peut se faire à distance, dans les salles d'hôpitaux, d'un lit éloigné à un autre. Il y a même des auteurs qui citent des cas de transmission instantanée.

D'après Roger et Cadet de Gassicourt, la contagiosité de la coqueluche cesse après les six ou huit premières semaines.

Rosen a déclaré que les garçons étaient plus souvent atteints que les filles ; mais, d'autre part, les femmes et surtout les femmes en couches y sont plus prédisposées.

« Nous n'insisterons pas sur *l'influence des tempéraments* : la maladie serait plus fréquente chez les enfants faibles, délicats, grêles, d'après Desruelles, Rilliet et Barthez ; chez les sujets lymphatiques, nerveux ou irritables suivant Marcus et Bouchut.

« En thèse générale, on peut dire de la coqueluche comme des autres maladies infectieuses, que l'agent pathogène s'implante d'autant plus facilement dans l'organisme, que celui-ci est moins susceptible de résistance.

« Les auteurs émettent les opinions les plus contradictoires sur l'influence des *conditions hygiéniques*, telles que la température froide ou chaude, les climats du Nord et du Midi, etc. Pour Laennec, le refroidissement est la seule cause manifeste de la coqueluche. Joseph Franck prétend, au contraire, que la maladie se montre, quand des journées très chaudes succèdent à des jours froids et humides.

« Roger en a vu davantage en automne.

« D'autre part, West a remarqué que les épidémies, bien qu'elles soient plus communes dans les mois froids, éclatent dans toutes les saisons : celle de Londres, en 1841-42, était à son acmé en décembre et janvier, tandis que celle de 1845 eut son maximum en juin et juillet.

« Il est donc impossible de tirer aucune conclusion de ces faits et de ces assertions contradictoires, sinon que la maladie se propage indépendamment des saisons et des conditions climatériques.

« La *pauvreté* et l'*encombrement*, ainsi que les émotions morales, sont loin d'être indispensa-

---

suprême de la dernière consolation, accompagnée d'un éclair d'espérance, sont des choses inoubliables et grandioses, éprouvées par le médecin seul, et qui le confirment dans la sublimité de sa mission !...

La profession de médecin a, tour à tour, été vantée partout et par tous.

C'est une profession faite de désintéressement, de labeur et de bienfaisance, dit un auteur.

Renan, dans son rapport à l'Académie pour le prix Monthyon en 1881, parlant des héroïsmes de tous les jours qui se traduisent non par un acte, mais par une habitude constante du dévouement, cite « l'héroïsme calme et scientifique du médecin ».

On pourrait citer des pages admirables écrites en faveur des médecins et exaltant la profession. — Les éloges, discours funèbres, les biographies, glorifient la médecine et ses illustres représentants...

La première leçon de Peter, comme professeur de pathologie interne à la Faculté, en avril 1877, sur la médecine et ses destinées serait tout entière à citer. — Il montre le médecin luttant toujours « contre la misère physique et la misère sociale » — étant « toujours du côté des opprimés, jamais du côté des satisfaits ». — Toujours combattant, luttant « au forum pour des questions d'hygiène, demandant des égouts meilleurs, des manufactures moins insalubres, un travail moins prolongé des enfants, une surveillance plus efficace des nourrices mercenaires, la suppression des maternités, » — et dans cette lutte pour la vie, montrant « que ce n'est pas pour la sienne que le médecin combat, mais pour celle de son semblable ! »

Placé tout en haut de l'échelle humanitaire, le médecin, en effet, joue un rôle social considérable, — rôle localisé comme celui du docteur Benassis, de Balzac, qu'il n'est pas à la portée de tous de remplir, — et rôle généralisé, par son action directe sur la marche de la civilisation. C'est par ce côté de son rôle, que le médecin vit quand même une vie d'homme et n'est pas seulement un homme de courses précipitées.

Ce sont les médecins, qui ont la direction du mouvement philosophique moderne ; eux les vrais propagandistes de l'Idée, les porte-drapeau du régiment, en marche contre les préjugés et les ténèbres de l'ignorance.

Comme médecins légistes, ils ont pris la première place parmi les grands criminalistes.

Le médecin est aujourd'hui la base de la plupart de nos institutions. Il est indispensable au fonctionnement social, et il ne peut se soustraire à ce rôle qui pourtant augmente singulièrement ses occupations. — Les institutions philanthropiques ne sauraient se passer de son concours. Les sociétés de secours mutuels ne vivent que par lui. Il est la cheville ouvrière de toutes les œuvres d'assistance. L'hygiène publique et internationale, le règlement de la police des mœurs, la prophylaxie des épidémies, l'inspection des Écoles au point de vue sanitaire, ne peuvent être en d'autres mains.

Mais ne rencontre-t-on pas, à chaque instant, les signes du prestige du médecin qui devient de plus en plus le prêtre, le Dieu des populations fin de siècle qui craignent la douleur et la mort plus que l'enfer ? — Les historiens, les romanciers, les artistes le mettent en scène. La peinture retrace

bles au développement de la coqueluche. On ne peut tout au plus les admettre qu'à titre de conditions adjuvantes à l'instar des autres (1). »

II

LES DIVERSES PÉRIODES DE LA COQUELUCHE.

La coqueluche est précédée d'une période d'*incubation* non encore déterminée. On peut l'évaluer à une semaine en moyenne.

Le début se fait avec les apparences d'un rhume ou d'une bronchite simple.

On peut diviser son évolution en trois périodes : la première, purement *catarrhale*; la seconde, *quinteuse* et *spasmodique* ; la troisième, régressive, avec atténuation des quintes et du catarrhe.

« Les caractères de cette période sont ceux d'un rhume vulgaire s'accompagnant d'un malaise léger qui échappe à l'attention des parents, et d'une fièvre qui ne se traduit, ni par l'anorexie, ni par l'abattement.

« D'après West, la toux conserve sa banalité pendant huit à dix jours. Mais alors, loin de s'amender comme dans le cas d'un rhume, elle subit, du huitième au seizième jour, quelques changements. Déjà fréquente, elle le devient plus encore ; de sèche qu'elle était, elle devient très vite humide, elle est plus irrégulière, plus *saccadée*. Déjà l'état général est atteint, il y a du malaise, un peu de fièvre, de l'anorexie.

« L'auscultation révèle la présence de quelques ronchus disséminés ; de temps à autre surviennent des quintes très pénibles qui s'accompagnent de l'expulsion de quelques mucosités épaisses et filantes et parfois même de vomissements. Toute indécision tend déjà à disparaître en présence des caractères de la toux.

« Telle est la marche ordinaire de la période catarrhale, mais elle s'écarte parfois un peu de ce processus.

« Quelquefois le début a lieu par des symptômes de coryza et d'enchifrènement. L'enfant a de fréquents accès d'éternuement, du larmoiement et du gonflement des paupières. On croit tout d'abord à un simple catarrhe nasal ; mais, au bout de quelques jours, l'affection s'aggrave et l'enfant se met à tousser.

« On a vu aussi le début signalé par une attaque de laryngite striduleuse (Rilliet-Barthez).

« D'après quelques auteurs, la période catarrhale peut faire défaut et la coqueluche débute alors d'emblée par les quintes caractéristiques (Trousseau).

« Avec le troisième septénaire, peu à peu, sans transition brusque, la coqueluche se révèle avec les quintes pathognomoniques, dont il nous paraît inutile de donner la description. Ces quintes se produisent souvent sans cause provocatrice appréciable.

« Telles sont les quintes qui surviennent la nuit, quand l'enfant est endormi; c'est alors par une légère agitation que se traduit l'approche des quintes, puis la respiration s'accélère et l'enfant est réveillé brusquement. Lorsqu'elles surviennent pendant le jour, elles peuvent être provoquées par des circonstances accessoires dont il importe de bien connaître la nature pour en éviter le retour.

« C'est dans les excitations du système nerveux, si facilement impressionnable dans l'enfance, que nous devons rechercher les conditions accessoires qui amènent leur production. Une émotion, une contrariété quelconque, les font naître facilement. Il en est de même des excitations des organes des sens, telles qu'un bruit violent, une odeur forte.

« Au bout de deux ou trois semaines, les quintes diminuent par degrés, de nombre et d'in-

(1) Biérer. Loco citato.

---

les épisodes de la profession, les découvertes nouvelles. Le public s'arrête devant les tableaux des peintres qui représentent des scènes médicales ou chirurgicales, devant les portraits des médecins célèbres. Il s'attarde maintenant, complaisamment, devant les toiles médicales autant que devant les toiles militaires. Il ne manque aucune occasion de manifester l'intérêt qu'il porte à la médecine et à la profession médicale.

Ceci est certainement flatteur pour le médecin, autant que le sont aussi les hommages rendus à son habileté, à sa droiture, à sa conscience.

Les agréments professionnels ne se bornent point à cela, et il en est d'autres.

Le rôle d'éducateur, du médecin et de conseiller de la famille, de directeur de santé et d'hygiène privée, met le médecin en contact direct avec la plus belle moitié du genre humain. Par profession, il fréquente la femme, la mère. Il est mêlé à toutes les existences, à la vie de ses clients. S'il reçoit le dernier sourire d'espoir de l'un, il reçoit le premier vagissement de l'autre, et toutes ces manifestations de force vitale le rajeunissent, le trompent sur sa propre destinée, lui font oublier sa vieillesse, le rajeunissent et le fortifient. Le commerce de la femme, dans ces conditions supérieures, n'est pas un des moindres agréments de la profession. Laissons les esprits jaloux, en bas, jeter de la boue sur ce beau côté du rôle médical, et traiter les médecins de séducteurs, Lovelace, don Juan, etc. Il n'est pas défendu, en remplissant un rôle sérieux, de le remplir honorablement, honnêtement, tout en restant aimable, de bon ton et de bonne société. Il n'est pas défendu de s'allier les hommes en gagnant les bonnes grâces des femmes : c'est d'une habile et honnête tactique...

Et, d'ailleurs, ces attaques ne méritent point d'être relevées...

Oui, la profession offre des avantages, certains agréments, et quelques compensations à ses tourments.

L'orgueil du succès remporté dans une maladie grave, dans une opération difficile, est chose légitime. De douces émotions succèdent à de terribles angoisses. Tout intérêt matériel mis à part, le médecin est aussi fier de réussir chez les autres que chez lui. Les malades lui sont également sacrés. Chaque difficulté surmontée, chaque triomphe remporté sur la mort, le rendent heureux et le consolent de ses déboires.

Il n'est pas jusqu'au refus d'accomplir une malhonnêteté, un acte blâmable ou quelquefois criminel, qui ne le réhausse à ses propres yeux ! — Comme ces moments de supériorité et de grandeur morale le vengent noblement des tracasseries du public et l'élèvent au-dessus de ses semblables !...

Ainsi donc, ce n'est pas toujours la même chose, toujours les mêmes courses, toujours les mêmes malades, la même et terrible monotonie des faits et des actes ! Non ! la profession médicale, dans la variété de son exercice, dans ses difficultés, dans l'inconnu et l'imprévu si redoutables, est précisément la profession attachante, attrayante, passionnante, qui accapare son homme, le tient, le possède, occupe tous ses instants, exerce son cerveau, séduit son intelligence et offre une somme de compensations vraiment importante.

tensité. La température ne présente pas, au début de cette période, de modifications notables et on n'observe pas de changement bien appréciable dans l'état général.

« La diminution des quintes n'est pas toujours continue et régulière ; elle peut être traversée par des exacerbations soudaines qui ramènent momentanément les quintes à leur acuité antérieure.

« Mais alors qu'elles n'ont pas encore disparu, on remarque une dyspnée moins intense pendant la crise et ne s'accompagnant pas de menace d'asphyxie immédiate. L'expectoration résulte d'efforts moins violents et les mucosités moins adhérentes sont expulsées avec plus de facilité, les vomissements se montrent plus rares et finissent par disparaître. »

Entre les quintes, la toux revêt un caractère qui rappelle celui de la bronchite simple à son déclin. La fièvre disparaît, l'appétit revient et la convalescence commence. La guérison est cependant retardée quelquefois par un refroidissement, un écart de régime, une imprudence quelconque qui réveille la maladie endormie, mais non éteinte. Généralement, ces retours offensifs sont de courte durée.

Au lieu de cette division classique basée sur les symptômes apparents de la coqueluche, M. Biérer en propose une autre qu'il établit sur une considération nouvelle, sur *le processus microbiologique* de la maladie.

« Dans une première période *infectieuse*, la coqueluche aurait pour origine, un germe spécifique et serait douée d'un pouvoir *contagieux* très intense.

« Dans un deuxième stade, que nous pourrions considérer comme *toxique*, le germe transmissible disparaîtrait et le danger existerait dans ce cas pour le coquelucheux seulement.

« Nous avons ainsi caractérisé, en premier lieu, la période de bronchite et, d'autre part, les quintes.

« On remarque de suite l'analogie que nous créons entre la coqueluche et la diphtérie.

« Dans les deux maladies, nous trouvons en première date les lésions inflammatoires, produites par un microbe bien connu, pour la diphtérie et que les recherches des auteurs n'ont pas déterminé encore pour la coqueluche, parce qu'ils ont voulu le cultiver à un moment où il n'existe plus.

« Dans les deux maladies aussi, le système nerveux serait influencé, à la dernière période, par les toxines sécrétées par le microorganisme.

« Aux paralysies diphtériques correspondraient, pour la coqueluche, les phénomènes de toux spasmodique, dont l'origine nerveuse est depuis longtemps admise par les auteurs. »

III.

Statistique.

La transmissibilité de la coqueluche est subordonnée à des causes diverses émanant du malade et de l'entourage qu'il doit contaminer. En tenant compte de ces conditions multiples, MM. Weil et Biérer ont étudié consciencieusement les contagions de coqueluche produites pendant la période quinteuse de la maladie.

A cet effet, des enfants, se présentant avec les signes les plus manifestes de quintes de coqueluche, ont été admis à la clinique de la Charité et réunis aux autres malades en traitement. On a multiplié autour d'eux les chances de contage et on a groupé à dessein, dans une même partie de la salle, les enfants qui présentaient les meilleures conditions de transmission et de réceptivité.

En dépit d'une observation attentive qui porte sur trois années, 865 malades ont été mis en

---

Mieux vaut, pour le médecin, accepter le travail tel qu'il est, que de se plaindre des difficultés qu'il offre. — Le travail n'est pas toujours une servitude, il porte en lui-même sa joie. — Certes ! le médecin reçoit... quelquefois du public la considération qu'il mérite et le public rend, de temps à autre, justice à son dévouement, mais c'est le plus souvent en lui-même qu'il trouvera sa récompense.

Malgré tout ce que je vous ai dit des ennuis, des difficultés, des dangers, des amertumes, des déboires de la profession, c'est une belle et noble profession. Il faut l'aimer si vous la choisissez, l'aimer pour elle-même, et ne pas vous attendre à être payé de retour, car c'est une maîtresse qui domine ceux qui la servent et qui l'adorent.

D'ailleurs, il ne faut jamais choisir une profession pour les satisfactions qu'elle rapporte, les jouissances matérielles qu'elle promet, ou par ambition seulement. Il faut la choisir pour l'exercer honnêtement, consciencieusement, avec conviction, avec amour.

Ah ! que celle de médecin serait incomparable, si elle était exercée par des hommes sincères, ayant l'état moral, l'esprit d'abnégation et la valeur qu'elle comporte !..

....

Mais la lutte pour la vie, le nombre considérable de ceux qui entrent dans la carrière pour n'y rechercher que les avantages matériels qu'ils en attendent, la facilité trop grande avec laquelle on obtient le diplôme, le défaut d'éducation déontologique, le je m'enfichisme, la déviation du sens moral, l'allure commerciale que prennent les relations de médecin à médecin, de chirurgien à médecin, de médecin à pharmacien, dénaturent le noble caractère professionnel d'autrefois. — L'attitude du public qui s'obstine de plus en plus à ne voir dans le médecin qu'un homme riche, sans besoins matériels, pouvant vivre de l'air du temps, plutôt qu'un homme de science et de dévouement, qu'il faut honorer matériellement, pour qu'il puisse vivre, explique d'ailleurs ces changements jusqu'à un certain point.

Que le public tienne compte au médecin comme aux autres des difficultés croissantes de la vie ; qu'il n'abuse ni de son temps, ni de ses forces ; qu'il le rétribue convenablement ; qu'il se rende compte qu'en ménageant le médecin et en l'honorant largement, qu'en l'appelant d'une façon opportune, c'est *lui* qui en bénéficiera le premier, car le médecin lui consacrera plus de temps et lui donnera, si possible, des soins meilleurs et plus efficaces ; que le public choisisse mieux son médecin et lui garde sa confiance, au lieu de s'adresser aux rebouteurs, aux somnambules et autres charlatans ; que les pouvoirs publics, les administrations les Sociétés de Secours mutuels, les Bureaux de bienfaisance, rétribuent comme ils le méritent les services rendus, et alors ce sera l'âge d'or. Ce sera en même temps que l'exhaussement général du niveau intellectuel et moral, l'union des médecins !

En attendant cette fédération universelle, il y aura quand même des hommes dévoués, distingués, qui honoreront la profession médicale et lui garderont intacts son prestige et son patrimoine de gloire, de vertu, de probité, de dignité qui lui vaudront toujours le respect des masses.

Un ami de la jeunesse.

contact avec 59 coquelucheux *sans qu'on ait pu enregistrer un seul cas de contagion.*

Ce résultat négatif très singulier a une signification moins grande qu'on pourrait le supposer tout d'abord, car il peut dépendre d'un certain nombre de conditions. Aussi, pour donner à ce fait toute la valeur que doit comporter une observation clinique, est-il nécessaire de le présenter affranchi de toute cause d'erreur.

Il faut donc éliminer d'abord ceux qui avaient été contagionnés antérieurement ou sur lesquels les renseignements étaient insuffisants.

En second lieu, il faut éliminer les enfants dont le séjour à l'hôpital n'a pas atteint en durée, celle de la période d'incubation de la coqueluche. En 3e lieu, les enfants au-dessus de 7 ans, sont éliminés ; éliminés aussi, les enfants alités. D'autre part, on élimine aussi les cas de coqueluche ayant nécessité l'alitement et les malades entrés à une période très tardive. Ces éliminations faites, voici les résultats observés :

30 coquelucheux non alités, n'ayant pas dépassé la sixième semaine de la maladie, ont été mêlés pendant des journées entières avec 195 enfants âgés de deux à cinq ans non contaminés antérieurement par la coqueluche et étant demeurés à l'hôpital plus de vingt jours. *Non seulement aucun moyen d'isolement n'avait été pris*, mais, les chances de contagion avaient été, au contraire, multipliées à dessein.

« Que penser alors de cette affection que nous avons vue, pendant la période réputée contagieuse, aux prises avec des organismes débilités et que nous avons vue impuissante et sans action ? Devons-nous conclure à sa non contagiosité ?

« L'histoire des grandes épidémies du siècle dernier et l'observation de tous les jours ne nous laissent aucun doute, et nous invitent assez à nous mettre en garde contre ses attaques. Mais hâtons-nous d'ajouter que nous avons observé la coqueluche à une période bien déterminée, au moment des quintes et que c'est à ce moment que nous avons constaté son indifférence.

« La conséquence logique de nos observations nous entraîne donc à conclure à *l'innocuité absolue de la maladie à la période des quintes.*

« Hœnsler avait dénoncé le déclin de la coqueluche comme susceptible de contagion. Cette opinion n'a pas rallié de partisans, et elle est même en contradiction absolue avec les écrits de tous les auteurs. »

En résumé, il ne reste qu'une période à laquelle on puisse accorder le pouvoir contagieux, c'est la première période ou période *catarrhale*.

IV

PROPHYLAXIE DE LA COQUELUCHE.

Contrairement à l'opinion de West, qui veut qu'on séquestre le coquelucheux tant qu'il a des quintes ou une toux quinteuse avec reprise caractéristique, il faut observer une rigueur beaucoup moindre dans l'isolement des coquelucheux. Cadet de Gassicourt dit :

« La quinte n'est pas la caractéristique absolue du pouvoir contagieux de la coqueluche.

« Il faudrait un autre *criterium* ; malheureusement, nous ne le possédons pas.

« Nous pouvons bien admettre, théoriquement, qu'après la disparition des mucosités filantes, lorsque le spasme n'est plus suivi d'expectoration glaireuse, la contagion n'est plus à redouter ; seulement je n'oserais pas, pour ma part, faire passer cette vue théorique dans la pratique, malgré cette grande probabilité, et je crois sage d'attendre la fin des quintes au risque de prolonger l'isolement sans utilité. »

M. Biérer rejette cette opinion trop peu précise et préconise la conduite suivante en ayant soin de distinguer l'observation de l'hôpital de celle qui est faite en ville.

« Le début anodin de la coqueluche n'inspire jamais de sérieuses inquiétudes aux parents et il les détermine bien rarement à se séparer du malade. C'est seulement à l'apparition des quintes et après avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique de ménage, qu'ils se décident à conduire l'enfant dans les services hospitaliers.

« C'est généralement à cette période que le médecin est appelé à observer les coquelucheux.

« A ce moment, le pouvoir contagieux de la maladie n'existe plus. Il serait donc inutile de prendre, à l'égard du malade, les mille précautions que pourrait inspirer la crainte de la contagion, comme il serait cruel de lui imposer une séquestration injustifiée et pénible.

« Bien différente est la situation du médecin dans sa clientèle.

« Il ne retrouve plus uniquement l'enfant à la période des quintes, mais il a aussi à l'observer à tous les stades de la maladie.

« Ce n'est plus seulement au pauvre qu'il donnera ses soins ; il sera souvent appelé auprès de l'enfant atteint d'une bronchite, d'un rhume insignifiant en apparence. A lui alors, d'en préciser la nature et de songer toujours à la possibilité de l'apparition d'une coqueluche.

« Ses doutes se changeront en une véritable certitude morale ou du moins se justifieront d'autant mieux, que la maladie aura signalé sa présence autour de lui.

« L'intervention du médecin deviendra une nécessité impérieuse, en face de l'ignorance des parents. S'ils n'ont pas été déjà instruits par l'expérience, ceux-ci, en effet, soupçonneront bien rarement l'affection, dont la nature est toujours masquée par des symptômes d'apparence si bénigne. Seraient-ils même prévenus de l'éclosion prochaine de l'affection, qu'ils ne prendraient jamais les mesures propres à combattre une contagiosité qu'ils ignorent.

« Le médecin devra donc faire comprendre aux parents, qu'un isolement immédiat et rigoureux est de toute nécessité pour éviter la transmission de la maladie. L'enfant contaminé a-t-il des frères ou des sœurs, il lui sera interdit toute approche, tout contact avec eux. Une chambre spéciale sera mise à sa disposition et la personne, dont on fera choix, pour la surveillance, devra présenter des conditions d'immunité suffisantes par son âge, et s'il est possible, par une atteinte antérieure de la coqueluche. Sous aucun prétexte, elle ne devra visiter d'autres enfants, pendant toute la durée de la période de bronchite præcoquelucheuse.

« Nous ne refusons point à la mère ce rôle de gardienne, mais à la condition qu'elle se soumette aux règles que nous avons prescrites. Toutefois, sa situation n'est pas sans danger et

nous lui donnerons des conseils spéciaux pour essayer de l'en préserver.

« Est-elle enceinte, ces conseils varieront suivant que l'accouchement est proche ou éloigné. Elle peut, s'il est éloigné, attendre les événements et suivre l'impulsion de son cœur. Lorsqu'au contraire, l'accouchement est prochain, la mère devra se séparer de son enfant, quinze jours au moins avant la délivrance; tel est l'avis de Roger.

« D'après cet auteur, la maladie que le coquelucheux communiquerait ne serait pas sans danger pour la nouvelle accouchée, et pour le nouveau-né, elle serait presque certainement mortelle.

« Le médecin ne devra pas oublier tout spécialement les frères et sœurs du coquelucheux qui se présente à la période des quintes, et d'une façon générale tous les enfants qui l'ont approché au moment de sa bronchite. Ceux-là seuls sont à craindre, et c'est à eux que l'isolement et l'interdiction de toute relation avec l'extérieur seront imposés.

« Avant même l'apparition de la bronchite, on est bien forcé d'admettre que l'attention des parents ne soit pas attirée par quelques accès de toux, et cependant, à ce moment déjà, se transmettrait la coqueluche, si les enfants étaient contaminés.

« Pour faire cesser l'isolement, il est donc essentiel de les tenir en observation pendant toute la durée de l'incubation, soit six à sept jours (West). Si, après ce terme, on n'a pas relevé de symptômes alarmants, on pourra les considérer comme indemnes et non dangereux.

« C'est à l'école, terrain si favorable à toutes les contagions, qu'on devra surtout prendre des mesures sévères à l'égard de la coqueluche.

« Mais, au lieu de prescrire à la période des quintes, l'éviction successive des malades et leur éloignement pendant une durée de trois semaines, on devrait plutôt ordonner, en temps d'épidémie de coqueluche, *de tenir à l'écart tous les enfants qui tousseraient*. L'indifférence seule est applicable à ceux qu'on expulse encore aujourd'hui. On devrait d'ailleurs interdire également l'accès de l'école aux frères ou aux sœurs des enfants atteints de quintes, car un contact s'est produit fatalement pendant la période transmissible de la maladie et, du jour au lendemain, ils peuvent, à leur tour, servir à la propager. »

En résumé, d'après MM. Weil et Biérer, *à l'hôpital*, où tous les enfants atteints de coqueluche se présentent à la période des quintes, toute précaution pour écarter la contagion est illusoire, puisque celle-ci n'existe pas ; elle est donc blâmable, puisque c'est un sacrifice pénible et inutile qu'on impose aux enfants. Dans *la famille*, comme *à l'école*, on prescrira l'éloignement rigoureux et immédiat du malade atteint de bronchite, quand il y aura lieu de considérer cette bronchite comme le premier stade de la coqueluche.

Cette mesure s'étendra aux frères et sœurs de l'enfant qui présente des quintes caractéristiques de la maladie. Ils se sont trouvés fatalement en présence de la période contagieuse ; on devra, par conséquent, toujours les soupçonner d'une contamination possible.

Il y a certainement bien des difficultés physiques et morales à vaincre pour arriver à ces résultats, car *le préjugé de la contagiosité des quintes* est profondément ancré dans l'esprit de tous, mais la patience du médecin doit arriver à en triompher.

D[r] Paul Huguenin.

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

Par le D[r] Paul Petit,
Lauréat de l'Académie de médecine.

L'homme qui mérite véritablement le nom de médecin, c'est-à-dire « qui songe à soigner ses malades et même à les guérir « (Peter), averti de l'incessante caducité des systèmes et sachant que *jamais* et *toujours* sont deux mots qui n'ont pas cours, s'efforce tout à la fois de maintenir la pratique de son art au niveau actuel de la science et de se garer des engouements irraisonnés. Or il faut avouer que la gynécologie lui donne, depuis quelque temps, bien des occasions d'exercer ces qualités maîtresses.

Certes il faut s'estimer heureux de pouvoir mieux faire que de soulager une douleur ou de calmer un spasme; mais, entre l'expectation désarmée et le sacrifice total, il y a une place beaucoup plus large à faire aux opérations conservatrices et même aux moyens purement médicaux, au plus grand bénéfice de la malade et de son sexe. Ayant toujours lutté pour cette idée depuis une dizaine d'années, nous espérons la faire prévaloir, sans trop de peine, auprès des lecteurs de ce journal.

Nous ne devons y traiter que des questions directement pratiques. Qu'on nous permette de déclarer que, sans des connaissances précises d'anatomie normale et pathologique, on se prépare une grosse somme de déboires, de bévues et de peines inutiles ; au contraire, marche-t-on à la lueur de ces deux flambeaux, la confidence oubliée par la malade se devine, le signe objectif, au devant du doigt, les indications thérapeutiques, généralement si méconnues, s'imposent d'elles-mêmes; enfin, et mieux encore, les manœuvres opératoires voulues se déduisent tout naturellement.

Nous ne relèverons guère de statistiques, car nous n'y avons pas confiance.

Nous nous préoccuperons toujours de rapprocher le schéma descriptif, des différents types cliniques y attenant.

Nous n'admettrons jamais que, *pour faire accepter* une opération bonne en soi, il faille la présenter tout d'une pièce, se refuser à lui attribuer aucun revers et se garder de faire des réserves sur son emploi. Nous tiendrons toujours en suspicion le Carro Carri de la Bruyère et sa recette : « Carro Carri débarque avec une recette qu'il appelle un prompt remède... De spécifique qu'il était contre la colique, il guérit de la fièvre quarte, de l'hydropisie, de la pleurésie, de l'apoplexie, de l'épilepsie ; forcez un peu votre mémoire, nommez une maladie, la première qui vous viendra à l'esprit : l'hémorragie, dites-vous ? il la guérit. Si le mal est incurable, tant mieux ! il n'en est que plus digne de son application et de son remède. » (La Bruyère, Caractères.) — C'est en affichant les prétentions

de Carro Carri, qu'on en arrive à discréditer une aussi bonne opération que le curettage utérin.

Encore le mal serait-il moins grand, moins durable, si une opération, après avoir abusé de la situation privilégiée que crée la mode, rentrait dans ses véritables limites, à l'apparition d'une nouveauté plus captivante encore. Mais on ne peut vraiment attendre cette œuvre de réparation de ceux-là même qui l'ont rendue nécessaire ; quant aux maîtres autorisés qui auront déjà lutté pour le sens commun, au moment où l'opération en question était le plus en faveur, leur situation, même à l'avant-garde, ne leur permet guère de s'attarder sur les restes d'une aventure qui n'est pas la leur.

Il faut donc, à propos de chaque opération nouvelle, s'édifier une opinion personnelle et savoir reprendre, en sous-œuvre, pour ce qu'elles ont de bon, les opérations oubliées ou négligées.

C'est ce que nous allons essayer de faire, tout d'abord, pour le traitement du prolapsus génital chez la femme.

Traitement du prolapsus génital chez la femme.

Première Partie.

Lésion des appareils fixateurs de l'utérus et moyens d'y remédier.

Le *système génital* de la femme est maintenu à son niveau normal par trois sortes de *moyens de fixité* : un *appareil de soutènement*, un *appareil de suspension*, des *adhérences celluleuses ou ligamentaires intermédiaires*.

Le *prolapsus* est dû à leur défection partielle ou généralisée.

I. — L'*appareil de soutènement* se répartit sur deux plans superposés, le supérieur comprenant le *releveur de l'anus et du vagin*, l'inférieur le *corps périnéal proprement dit*, c'est-à-dire *sphincter ano-vulvaire en 8 de chiffre* et *transverse du périnée*. Impossible de bien comprendre les différentes modalités du prolapsus pelvien et leur traitement, si on ne voit pas que ces deux plans musculaires actionnent de telle sorte les parties molles environnantes, qu'ils en font *deux systèmes valvulaires* agissant synergiquement, l'un dans le sens *antéro-postérieur*, et l'autre, *transversalement*, dans un seul et même but : l'occlusion du conduit vulvo-vaginal. Le premier a sa *valve antérieure*, toute passive, constituée par la paroi vaginale antérieure et le vestibule et sa *valve postérieure*, au contraire active et toute-puissante, par la paroi vaginale correspondante doublée d'un faisceau du *releveur*. Le second est constitué par le sphincter vulvaire qui, s'appuyant, d'une part, à l'arcade pubienne et, de l'autre, à la clef de voûte du périnée soutenue par les *transverses*, transforme la vulve en une fente linéaire qui coupe à angle droit l'axe-vaginal. L'utérus et ses annexes se trouvent ainsi soutenus par deux colonnes musculaires qui se croisent à angle droit. La défection de l'une ou de l'autre, ou des deux à la fois, entraîne presque fatalement la chute des organes en question, l'*appareil de suspension* étant inapte à en supporter tout le poids et ne jouant qu'un rôle complémentaire.

On comprend, de plus, que le vagin n'ayant plus sa doublure tonique, étant plus ou moins décollé par la tête fœtale, parfois subinvolué, descende pour son propre compte, contribuant ainsi à faciliter et accentuer la chute de la matrice.

Ce rôle dominant des lésions de l'appareil de soutien, dans la genèse du prolapsus, n'est plus à discuter.

Pour y remédier, on a le choix entre les *pessaires* et les *opérations plastiques*, Des pessaires, les uns agissent en *soulevant l'utérus*, les autres en *dilatant le vagin*. Les premiers ou *hystérophores*, consistent en cuvettes et pelotes diverses portées par des tiges que soutiennent elles-mêmes des ceintures plus ou moins compliquées. Ces appareils, bien peu usités à l'heure actuelle et d'un port assez pénible, ne sont admissibles que dans le cas de prolapsus complet, avec brèche considérable du périnée et contre-indications au traitement chirurgical, telles que les trois suivantes : âge avancé, emphysème, obésité, que l'on trouve souvent associées.

Les pessaires genre Hodge, Gariel, Dumontpallier ne s'opposent à la hernie pelvienne qu'en élargissant son trajet, en contrariant l'effort des agents normaux de soutènement : en principe mauvais, ils n'ont chance de se maintenir que si le périnée est intact ou à peine atteint ; on comprend, de plus, qu'il faille les choisir *les plus petits possible* et ne les changer pour des numéros plus gros, que contraint et forcé, sous peine de se voir dépasser à un moment donné par la lésion qu'on n'aura fait qu'accroître tout en le masquant.

La prothèse n'est donc, en somme, qu'un pis aller et on doit le plus généralement lui préférer les *méthodes sanglantes* qui, avec les moyens dont nous disposons actuellement, offrent une absolue sécurité. Ces méthodes ne peuvent prétendre à restaurer complètement des muscles déchirés ou atrophiés dans l'épaisseur des tissus ; mais au moins peuvent-elles tasser leurs fibres éparses, rapprocher leurs insertions disjointes, doubler leur couverture de parties molles et rendre ainsi possible ce double jeu valvulaire sur lequel nous avons insisté.

De toutes les opérations qui visent la réfection de la valve vagino-périnéale postérieure, les meilleures nous paraissent être : 1° Pour la déchirure incomplète du périnée : la *colpopérinéorraphie d'Hégar* et la *colpopérinéoplastie de Dolèris* qui répondent à tous les cas, la première convenant, d'une façon générale, aux vagins largement procidents et décollés dans leur profondeur, la seconde au périnée déficiens avec cystocèle légère et rectocèle sans plus. 2° Pour la déchirure complète du périnée : l'opération de Tait modifiée par Pozzi.

Pour réparer la paroi vaginale antérieure il faut recourir soit à l'avivement *ovalaire*, soit à l'avivement *triangulaire*, suivant que la colpocèle est plus ou moins accentuée au pourtour du col. Quand l'avivement doit être très étendu et que, par suite, il faut craindre une tension, trop grande au niveau des points de suture, on peut faire deux avivements jumeaux séparés par une bande de tissu dont l'une correspondra au raphé vaginal.

Décrire ces différentes opérations nous entraînerait beaucoup trop loin (1). Aussi nous con-

(1) Voir traité pratique de gynécologie, Paul Petit et Stéphane Bonnet. — J.-B. Baillière, édit.

tenterons-nous d'insister sur quelques données fondamentales. Pour que les avivements vaginaux reconnus nécessaires, soient suffisants, il faut, qu'après suture faite, ils paraissent avoir un peu dépassé la mesure. Tout l'art du chirurgien consiste non pas tant à supprimer l'étoffe qui déborde qu'à supputer dans quelle mesure celle qui n'a pas les limites normales pourra encore *prêter*, une fois le vêtement livré à l'usage. D'une façon générale, il faut que, dans un vagin restauré, l'index entre à frottement qu'il soit cependant à l'aise s'il s'agit d'un vagin sclérosé, qu'il puisse à peine entrer s'il s'agit d'un vagin à tissus flasques et mous. Il faut donc faire les avivements très larges, aussi larges que le permettra le *jalonnement mensurateur* avec pinces à griffes qui doit toujours précéder l'action du couteau et lui indiquer son passage. Il faut aussi les faire monter aussi haut que possible, au ras du col. Pour les pratiquer nous préférons actuellement, comme beaucoup plus expéditive et occasionnant moins de perte de sang, l'action à petits coups des ciseaux courbes au décollement par le bistouri et les doigts tel que nous le pratiquions autrefois. Comme fils à suture, rien ne vaut, dans l'espèce, le crin de Florence qu'on peut laisser 15 jours en place ou même davantage, sans nul inconvénient.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Réponse aux propositions du *Vélo-Médical* à bon nombre de médecins.

Le *Vélo-Médical* : ce titre m'avait séduit tout d'abord. — La bicyclette hygiénique et la bicyclette thérapeutique en avant !

Hélas ! Dès la deuxième page il m'a fallu en rabattre et j'ai eu grand'peine à lire, jusqu'au bout, le premier numéro de la revue « Médical Cycle et Médical sport » avant de protester.

Sans être en aucune façon un précurseur, cela importe si peu, je suis dès longtemps parfaitement à même de juger médicalement du rôle de la bicyclette.

Je suis tout disposé à enseigner, aux gens bien portants, comment on doit utiliser la bicyclette pour ne pas se rendre malade, et je suis aussi très décidé à dire aux malades comment, par l'usage de la bicyclette, ils pourront redevenir bien portants.

Mais je vis de mon métier et dans l'un et l'autre cas, il me faudra faire payer mes consultations...... au prix ordinaire des dites consultations. — Que dis-je ? plus cher que le prix ordinaire ! Plus cher, parce que mes chances de vivre, de gagner mon pain, diminuent au fur et à mesure que se propagent davantage les notions d'hygiène, au fur et à mesure que je remplace les potions qui ne guérissent que la maladie actuelle, par le grand air, par l'exercice, etc., qui visent la cause de la maladie, la mauvaise disposition de l'organisme, la prédisposition.

Donc, je dois faire payer cher à mes clients les leçons de cet art, qui a pour but de les mettre à même de se passer de moi !

Je n'ai pas, il est vrai, considéré le chapitre « accident ». Croyez-vous vraiment que la bicyclette soit cause de tant d'accidents que cela ? Demandez un peu, à M. Bertillon, ce qu'il en pense. Un petit pourcentage ne m'étonnerait pas, qui aurait pour résultat de vous apprendre qu'à Paris même, les chevaux causent cinq accidents, pour cent chevaux existants, tandis que cent bicyclettes ne causent qu'un accident dans le même laps de temps.

Et ce pourcentage, que je puis faire dans le pays que j'habite, m'apprendrait certainement que je n'ai, de ce côté, aucune compensation à attendre à la perte signalée plus haut. Je veux dire que, pour dix visites médicales, pour cent visites peut-être, perdues pour moi parce que mes clients auront, grâce à la bicyclette, amélioré leur santé générale, je n'aurai pas gagné une visite chirurgicale.

Et c'est dans ces conditions que, le *Vélo-Médical* vient « *m'offrir* » (pas « *me demander* ») de « figurer parmi les médecins et pharmaciens, « s'intéressant à son programme d'études et de « propagande, très au courant du cyclisme et « de ses divers accidents, prêts à fournir aide « et protection aux membres adhérents, empres- « sés à les accueillir, à les guider, à les soigner « avec une parfaite compétence et un zélé dé- « vouement, **dans des conditions exception- « nelles pour le prix des honoraires** et des « médicaments ».

Ouf ! Non, vraiment ! c'est à croire que je suis médecin pour le plaisir de l'être. Mais je vis de mon métier, Monsieur ! J'en vis, entendez-vous bien ! — C'est dur de vivre du malheur des autres, je le reconnais volontiers.

Aussi je propage la bicyclette, pour qu'ils soient le moins souvent possible dans la nécessité d'avoir recours à moi. Mais quand ils sont obligés d'avoir recours à moi, il faut bien que je me fasse payer pour pouvoir payer le boulanger..... et le fabricant de bicyclettes, qui m'a mis à même d'apporter un secours plus rapide, partant plus efficace, aux bicyclistes maladroits, imprudents..... quelquefois malheureux.

Vous allez plus loin et, sans souci des lois existantes, vous invitez carrément le *pharmacien* à se livrer *à l'exercice illégal de la médecine*. « Ces deux représentants éclairés (merci pour « le pharmacien qui soignera les blessés) de « l'U. M. V. A. F. offrent, en outre, le précieux « avantage de pouvoir être requis à toute heure « (mes pauvres dimanches ! dire que je compte « sur ce jour-là pour faire de la bicyclette en « famille), **le pharmacien surtout**, dont l'offi- « cine constamment ouverte, est facile à trouver « dans toutes les localités. »

Mais je n'insiste pas. Je me soucie du monopole comme d'une guigne et ce sera tant pis pour les clients directs de l'officine.

Je veux insister, au contraire, sur les compensations que vous m'offrez. Je ne parle pas de mon nom inscrit dans votre guide : une bonne blague. Quand un de vos associés (j'aurais pu dire « privilégiés ») se cassera la jambe à la porte de la ville, **on** ira chercher le médecin le plus près ou le plus tôt prêt, et non pas du tout celui des quatre docteurs de cette ville qui sera inscrit sur le guide. Ça se passera comme ça, parce qu'il en est ainsi dans la réalité ; parce qu'il est juste et bon, prudent et sage, qu'il en soit ainsi. Pas de choix, pas de délibération : allons au plus vite ! A client de hasard, médecin de rencontre. Si les clients ne se valent pas,

en ces heures particulières, les médecins se valent.

J'avais dit que je ne parlerais pas de cela, mais bien d'autre chose. Il y a donc autre chose? Mais oui ! O mes pauvres confrères, il y a « une compagnie d'assurances contre les accidents. »

Vous savez ce que cela veut dire : Vite docteur, un homme vient de se démancher l'épaule? Un inconnu ! Gare mes honoraires. — Allons ! il est assez bien mis, je serai payé peut-être. — L'épaule est remise, le client me remercie et..... me prie de lui délivrer un certificat pour la Cie X « que je connais bien ». Ça y est !

Six francs pour avoir réduit une luxation de l'épaule et rédigé un certificat sur papier libre (1) (à l'entête de la Cie) pour lequel je payerai quelque jour soixante-deux francs quatre-vingt-trois centimes d'amende (décimes compris).

Ça, messieurs du *Vélo-Médical*, c'est le comble de l'ignorance des conditions dans lesquelles le médecin vit, se débat.... et meurt en laissant des dettes.

Les Compagnies d'assurances-accidents trouvent moyen de *faire marcher les médecins en les abritant soigneusement de toute chance quelconque de recevoir des honoraires*. Et ce par un procédé généralement ignoré, que vous pourrez faire connaître à vos adhérents et que voici : *On fait porter le blessé à l'hôpital........ et on paye* (on se respecte, Monsieur) *les journées d'hôpital*. Trente sous par jour, en province : c'est pour rien. Quant au medecin ? — Il soigne le malade pour rien.... à l'hôpital, pensez donc ! — Que le malade soit riche ou non, que celui qui est responsable soit riche ou non, c'est le même prix. Et en avant la musique!

Vous voyez, *Vélo-médical*, que nous sommes loin de compte. Nous pourrions nous arranger cependant, si vous vouliez.

Voici comment :

Constituez entre vos adhérents une « *mutuelle accidents* » et inscrivez dans vos statuts que.....

Les assurés payeront les mêmes primes qu'à la Cie X....., et qu'ils auront les mêmes garanties....., *mais que la partie des fonds collectés qui ne sera pas employée à couvrir les dites garanties sera employée à payer les soins des médecins*.

C'est simple, clair..... et ce serait utile à vos clients. Mais ça serait certainement utile à vos médecins.

C'est pourquoi vous ne le ferez pas. C'est pourquoi, à mon tour, je ne serai pas des vôtres.

D[r] J. Camescasse (Saint-Arnault).

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de l'arrondissement de Pont-l'Evêque.

Le Bureau, pour l'année 1897, est ainsi constitué :

Président : D[r] Massart, de Honfleur.
Vice-Président : D[r] Le Goupil, de Trouville.
Secrétaire-Trésorier : D[r] Durel, de Honfleur.
Assesseurs : D[r] Chevillot, de Pont-l'Evêque, D[r] Richer, de Dozulé.

(1) Pourquoi diable ces bienfaits sont-ils imprimés sur papier libre ?

Syndicat médical de Domfront.

10 *novembre* 1896.

Le Bureau du syndicat pour les années 1897 et 1898 est ainsi composé :

Président : D[r] Cachet, de Domfront.
Vice-Président : D[r] Gauquelin, de Flers.
Assesseur : D[r] Lecomte, du Mesnil-Hubert.
Secrétaire-Trésorier : D[r] Bidard, de Domfront.

Rapports avec l'Administration.

Le secrétaire donne lecture d'une circulaire qu'il a reçue du Sous-Préfet de Domfront.

Dans cette circulaire un certain nombre de questions sont posées :

Quelles sont les grèves que le syndicat a soutenues ?
Leur durée.
Leurs résultats.
A-t-il obtenu une modification du régime de la profession relativement aux salaires ? — à la durée du travail ?
etc... etc...

Considérant ce questionnaire administrati comme dépassant les bornes de la facétie, le secrétaire a répondu par une lettre humoristique dont il donne lecture et dont le fond comme la forme sont approuvés à l'unanimité par le Syndicat.

Voici la fin de cette lettre :

Notre Syndicat n'a jamais été plus homogène. Nous sommes moins nombreux que jadis, Dieu merci, car nous nous sentons tous les coudes. Nous ne faisons pas de politique, qui est bannie de nos réunions. L'intérêt de notre dignité professionnelle, seul, nous inspire. Nous ne permettrons pas, dites-le bien haut à vos supérieurs, qu'on fasse de nous, *Médecins*, ce qu'on a fait des Percepteurs, des Instituteurs, des Cantonniers et de presque tous les Fonctionnaires, des Courtiers et des Agents électoraux à la solde et à la merci de la Préfecture, et de ceux surtout qui font et défont les Préfets... *Vous m'entendez bien, vous comprenez bien*, comme dit la chanson : je veux parler de ces hommes austères, vertueux et désintéressés que nous connaissons tous, et qui, bien que se détestant de tout cœur, se congratulent les uns les autres, d'une façon si amusante, dans les Concours agricoles.

Voilà une partie des choses que je devais répondre à votre lettre ironique. Nouveau venu dans ce pays, vous n'êtes pas encore au courant des méfaits de l'ancien Préfet et de ses inspirateurs à notre égard. *Nous n'en avons pas perdu le souvenir, nous* : vous ne cesserez, vous et vos supérieurs, de le constater en toute occasion. *Non, notre Syndicat n'est pas dissous.*

Le Secrétaire,
D[r] Bidard.

La circulaire en question, qui a offusqué nos confrères de l'*Orne*, a été reçue par nombre de *Syndicats*. Elle ne visait pas les médecins ; ils n'ont pas cru devoir la prendre au sérieux. Ils l'ont considérée comme un simple acte administratif général et se sont bornés à ne pas y répondre ; ce dont d'ailleurs on ne pouvait leur tenir rigueur. Elle n'est, évidemment, qu'un questionnaire général, émanant d'un bureau quelconque de statistique. Nous ignorons les griefs de nos confrères, vis-à-vis de l'administration. Ne risquent-ils pas de rendre leurs rapports plus difficiles avec elle, à propos d'un document sans aucune portée et qu'ils pouvaient négliger sans dommage !

REPORTAGE MÉDICAL

Le 29 janvier a eu lieu, au restaurant *Cubat*, le très brillant banquet offert par ses élèves et par ses amis à M. *Henri Huchard*, en l'honneur de sa nomination à l'Académie. De nombreux toasts ont été portés et sûrement le héros de la fête et les siens en conserveront un très doux et très durable souvenir.

— Le journal *l'Assistance* change de directeur et de nom. M. le Dr *Butte* l'a cédé à M. le Dr *Albin Rousselet*, et il devient *l'Assistance publique*. On joindra au programme primitif l'hygiène hospitalière et l'hygiène urbaine et toutes les questions de bienfaisance publique et privée.

Le Charlatanisme diplômé. — M. le curé de Sens. — A la Société de Chirurgie. — On sait qu'il existe à Sens un établissement orthopédique des plus prospères dirigé par un curé. Depuis quelques années tous les scoliotiques, coxalgiques et autres cagneux sont dirigés par les communautés religieuses vers ce rebouteur d'un nouveau genre qui redresse les bossus, fait marcher les paralytiques et pratique, à tort et à travers, les plus graves opérations orthopédiques. La ville de Sens était transformée en une véritable Cour des Miracles à la grande joie des hôteliers de la région, qui y trouvaient leur profit.

Cette violation de la loi était tellement patente et flagrante que les Syndicats ont crié et mis en mouvement le parquet. M. le curé de Sens s'est alors décidé à prendre une couverture. Il s'est d'abord adressé à un médecin quelconque qui, justement indigné du métier qu'on lui faisait faire, n'a pas voulu couvrir plus longtemps de son diplôme cette pratique scandaleuse et a rendu le tablier.

M. le curé s'est alors adressé à la Faculté catholique de Lille qui lui a cédé un de ses professeurs, M. le Dr Guermonprez, qui a bien voulu couvrir de son nom les actes délictueux qui avaient été signalés au corps médical.

M. le Dr Guermonprez est membre de la *Société de Chirurgie*. Cette compagnie, justement indignée de l'abus qu'on faisait de son nom, a traduit devant sa barre ce sociétaire suspect.

Au lieu de plaider coupable, celui-ci l'a pris de très haut devant ses collègues et leur a tenu à peu près ce langage ! « De quoi vous plaignez-vous ? Je rends service à la science et à l'humanité en contrôlant l'Institut orthopédique de Sens. Cet honorable ecclésiastique commettait, en effet, le délit d'exercice illégal ; il opérait à tort et à travers et faisait souvent du mal. Grâce à mon concours éclairé et scientifique, il n'opérera plus qu'à bon escient et cette institution, autrefois entachée de charlatanisme, va devenir aujourd'hui un établissement scientifique de premier ordre. »

« Du reste, cela ne vous regarde pas ; je suis médecin ; j'ai le droit de faire ce qu'il me plaît et vous n'avez pas même le droit de rayer mon nom des membres de la *Société de Chirurgie.* »

Il paraît, en effet, qu'aucun des articles des statuts ne permet l'expulsion d'un membre de cette corporation. Comme la Société est reconnue d'utilité publique, il va falloir faire modifier les statuts par le Conseil d'Etat pour pouvoir expulser ce membre récalcitrant.

Si M. le Dr Guermonprez a commis un acte contraire à l'honneur professionnel, ne devrait-il pas être traduit devant un jury médical pourvu des pouvoirs nécessaires pour mettre fin aux actes délictueux qui lui sont reprochés ?

(*Journal de Médecine de Paris.*) A. LUTAUD.

A ce récit, nous ajouterons quelques réflexions. En dehors des conséquences de ce fait, en ce qui intéresse la Société de chirurgie, nous nous demandons si l'article suivant de la loi Chevandier est connu de M. le Procureur de la République de Sens.

Article 16. — Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, *non munie d'un diplôme*, ou n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 29 et 31 de la présente loi, prend part habituellement, ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou affections chirurgicales, etc...

2° Toute sage-femme qui sort des limites de sa profession, etc...

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, *notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi.*

Il serait peut-être temps d'en finir avec cet Institut ecclésiastique, que nous sommes vraiment bien simples de tolérer. Si l'on y avait fait de la pharmacie, il y a beau temps que les pharmaciens, plus pratiques que nous, auraient mis le savant curé à la porte.

Allons, les syndicats, vous avez la parole.

La Cie du chemin de fer du Nord a donné l'exemple : M. le Dr Worms a révoqué M. Guermonprez de ses fonctions de médecin de la ligne.

— *Le procès de Saint-Nazaire.*— Encore un médecin expert sur la sellette. Dernièrement une femme de Saint-Nazaire fut inculpée d'avortement et arrêtée sur le rapport d'un médecin légiste qui concluait dans le sens de l'accusation. Mais, deux jours après son incarcération, cette femme accouchait en prison. — Aujourd'hui elle poursuit le médecin auteur du rapport, en réclamant des dommages-intérêts.

—*Académie de Médecine.*—L'Académie de Médecine a élu mardi dernier membre titulaire dans la section d'anatomie, M. Farabœuf par 44 voix sur 72 votants.

M. Reynier a obtenu 16 voix, MM. Poirier, Retterer et Remy, chacun 2 voix, M. Henocque, 1. Il y a eu 2 bulletins blancs.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4.157. — M. le docteur FISCHER, de Rougemont-le-Château (territoire de Belfort), membre de l'Association des médecins du territoire de Belfort.

N° 4.158. — M. le docteur ROUX, de Heyrieux (Isère), présenté par M. le docteur Barbier, de Vienne (Isère).

N° 4.159. — M. le docteur PESSEZ, de Villeneuve-Saint-Georges (S.-et-O.), membre du Syndicat de Corbeil.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le Docteur *Lesage*, député de l'Oise, membre de la Société locale et du Concours médical. Les obsèques ont eu lieu à Beauvais avec une grande solennité.

— Un autre membre du Concours, M. le Docteur Bonnejoy, de Chars-en-Vexin, un fervent apôtre du *végétarisme* est également décédé récemment. Il faisait partie de la *Caisse des pensions de Retraite.* Nous avons de plus à regretter un autre membre de notre Société, M. le docteur Bridoux, de Lestren (Pas-de-Calais).

Le Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 7 13 Février 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Association Amicale.

« Il pleut des demandes de statuts et de feuilles d'adhésion... mais les dossiers n'arrivent pas plus vite que d'usage », m'écrit notre excellent secrétaire général, le Dr Jeanne.

Ce sera donc toujours la même chose, chers confrères, et notre négligence restera donc incurable ?

Comment ! vous vous intéressez, et avec juste raison, à notre *Association Amicale*, vous demandez les statuts, vous les lisez, vous les approuvez, vous envoyez votre adhésion — puis, quand il s'agit de régulariser votre situation et d'envoyer le dossier complet qui permettra au Conseil d'Administration de statuer sur votre admission, vous remettez à un de ces jours et allez voir si le soleil se décidera à briller. Et ce jour se fait attendre des mois, voire des années !

Qu'avez-vous gagné à ces atermoiements ?

Absolument rien, puisque, *même au bout de plusieurs années*, vous vous exécutez. Vous payez une prime plus élevée, et c'est tout.

Si vous n'étiez pas décidés, si vous hésitiez à adhérer, je comprendrais ces retards — mais vous avez envoyé votre adhésion raisonnée, je suppose ; dès lors, je ne comprends plus quels grands obstacles peuvent vous faire différer l'examen médical et l'envoi de votre bulletin de naissance.

A la dernière réunion du Conseil d'Administration, nous constations que cent confrères faisaient ainsi attendre leur dossier. Ce nombre doit avoir singulièrement augmenté, puisque notre ami Jeanne écrit que les adhésions affluent, *qu'il en pleut*.

Nous faudra-t-il donc encore constater, à notre réunion prochaine, que cette inondation se réduit à vingt ou vingt-cinq dossiers réguliers ?

Secouez donc un peu votre torpeur, mes chers confrères, remuez-vous quelques minutes, allez passer la visite, que vous remettez de jour en jour et envoyez-nous ces papiers qui nous sont indispensables pour que nous puissions vous admettre.

L'*Association Amicale* marche bien, vous le savez, venez augmenter sa prospérité en grossissant le nombre de ses membres.

Vous avez l'intention de le faire — vous le ferez — pourquoi remettre à plus tard !

Si ce dernier argument peut vous décider, je vous donne sa situation actuelle.

Nous possédons en valeurs.....	42.711 fr. 70
Nous avons en dépôt à la Société générale..........	10.959 » 92
et comme espèces en caisse....	5.257 » 01
Total..........	58.926 » 63

Notez que nous avons versé fin décembre pour 3.400 francs d'indemnités. Notez aussi que nous calculons les valeurs au prix d'achat, alors que la cote de la Bourse nous donnerait une plus value sensible. Notez enfin que quelques retardataires n'ont pas encore versé leur cotisation de janvier ; ce qu'ils vont faire sans retard quand je vais leur rappeler que leur droit à l'indemnité est, conformément aux statuts, momentanément suspendu.

Si vous voulez bien réfléchir que notre Association n'a que trois années d'existence, vous conviendrez que cette situation ne laisse rien à désirer.

Mais que dis-je ? Vous le savez aussi bien que moi, puisque vos adhésions sont si nombreuses. Inutile donc de prêcher des convertis.

Il pleut des adhésions, qu'il pleuve des dossiers — ne craignez rien, Jeanne à un solide parapluie !

Dr A. GASSOT.

LA SEMAINE MÉDICALE

La minéralogie biologique.

M. *Gaube*, du Gers, vient de publier un intéressant ouvrage sur la minéralogie biologique (1), où il montre que, selon les idées de Liebig, pour les animaux et pour l'homme, le minéral est comme pour les végétaux le premier des aliments.

La matière azotée est tributaire de la matière minérale et il est impossible de concevoir la matière azotée ni à son origine, ni dans ses développements successifs, sans matière minérale.

L'auteur divise les métaux en biodynamiques et en abiodynamiques incompatibles avec la vie telle que nous la connaissons.

Les plus indispensables à la vie sont le sodium, le potassium, le calcium, le magnésium, le fer, le manganèse, le soufre, le phosphore, le chlore, l'iode, le fluor, etc Les idées de l'auteur, appuyées sur des expériences nombreuses, sont absolument neuves, et les conclusions pratiques qui en découlent sont aussi fécondes qu'inattendues.

L'ouvrage de M. Gaube est un livre nouveau dans toute l'acception du mot ; nouveau comme doctrine, nouveau par l'exposé des faits et des matériaux que l'auteur y a accumulés ; l'étudiant, le savant et le philosophe peuvent y trouver chacun une part d'intérêt.

Radiographie des extrémités dans la goutte.

Le professeur *Potain* a présenté récemment à l'Académie des sciences, au nom de *M. Serbanesco* et au sien, un certain nombre d'épreuves radiographiques des extrémités, recueillies dans son service chez des sujets atteints de goutte ou de rhumatisme chronique. Voici le compte-rendu que nous en donne la *France médicale*.

(1) Chez Maloine, 21, place de l'Ecole-de-Médecine, un vol. in-18. Prix : 4 fr.

Tandis que, chez les derniers, l'ostéite condensante des extrémités osseuses donne, à celles-ci, une opacité plus grande, chez les goutteux au contraire, on remarque au niveau des extrémités des phalanges et des métacarpiens, parfois même sur le corps de l'os, des taches blanchâtres, entourées le plus souvent d'une étroite auréole foncée. Ces résultats ont été obtenus sur le vivant.

Des radiographies de pièces osseuses provenant de goutteux, montrent que les taches translucides ne tiennent, ni à un amincissement ni à une raréfaction du tissu osseux, mais à la présence de tophus faisant saillie à la surface de l'os ou à la transformation de la substance osseuse elle-même.

Cette transformation paraît être la substitution des urates au phosphate de chaux qui entre normalement dans la composition des os.

Comparant entre eux les différents sels qui entrent dans cette composition, les présentateurs ont trouvé qu'ils sont très inégalement perméables aux rayons de Rœntgen. Le phosphate de chaux, le carbonate de chaux, le chlorure de sodium le sont extrêmement peu. La soude et la magnésie le sont davantage et l'urate de chaux encore beaucoup plus. En se servant de deux petites boîtes de carton accolées : l'une en forme de parallélipipède, l'autre de prisme très allongé de même longueur et de même hauteur de base, le premier rempli d'urate de chaux, l'autre de phosphate de chaux tribasique et les soumettant simultanément à la radiographie, il a été facile de constater que l'urate de chaux est huit fois plus transparent que le phosphate ; car l'unité de teinte des deux photographies ne se trouve que dans le point où l'épaisseur de ce dernier est huit fois moindre que celle de l'autre. On comprend par là que les points de l'os où les urates se substituent aux phosphates deviennent beaucoup plus transparents. On conçoit également que l'ostéite condensante, provoquée par ces dépôts dans leur

FEUILLETON

Collaborons !

> Mieux vault de ris que de larmes escrire. RABELAIS ;

A diverses reprises, plusieurs journaux, politiques ou littéraires, ont posé des questions à leurs lecteurs, de façon à stimuler leur verve, à provoquer des réponses utiles ou amusantes, pour la joie de la galerie.

Il y a des jours de désœuvrement, où on ne serait pas fâché de s'évader de son milieu habituel, d'échanger, avec autrui, des impressions et même des sophismes. — Il n'y a rien d'amusant, après un bon repas, dans la demi-torpeur d'une digestion clémente et après s'être assimilé l'âme bavarde de quelques crûs renommés, comme de s'acharner après une thèse, lancer des généralités, former des projets, en un mot divaguer sans contrainte.

Eh bien, je propose aux membres du Concours de faire l'équivalent, en répondant, d'une façon humoristique, à une ou plusieurs des questions qui vont suivre ; je glanerai dans le tout, de façon à en servir ultérieurement quintessence aux lecteurs de cette feuille, que je ne crains pas de qualifier de familiale. Elle constitue en effet un trait d'union entre nous, et ceux qui président à ses destinées ne demandent pas mieux, *pour une fois*, que de déposer au vestiaire leur gravité habituelle, pour se dérider aux saillies que mon appel aura pu provoquer.

La joie est saine et la gaîté bonne conseillère : c'est connu depuis les temps les plus reculés. D'autre part, les médecins ont bien des raisons de ne pas être précisément folâtres ; ils ont perdu, pour la plupart, la fameuse insouciance qui hantait, jadis nos chambrettes du quartier latin et les éclairait mieux que le soleil anémique des après-midi d'hiver.

Raison de plus pour se ressaisir, pour faire la chasse aux noirs papillons qui hantent les esprits, devenus atrabilaires et macabres.

Voici la période des fêtes d'hiver qui commence : la folie carnavalesque, de classique mémoire, va bientôt agiter ses grelots symboliques, aux quatre points cardinaux ; écoutons par exception ses appels ; demain, nous aurons assez d'occasions de nous rembrunir, de froncer le sourcil, ou de nous associer aux perplexités de nos clients.

Voici l'ensemble des questions, pour lesquelles je demande une courte réponse à ceux qui en auront le goût ou le loisir. (Prière d'écrire très lisiblement, sur un seul côté de la page et d'adresser le tout au docteur Grellety, 83, boulevard Malesherbes à Paris. On peut ne pas signer et garder l'anonyme

voisinage, détermine la formation de zones relativement opaques.

La radiographie pourra donc aider le diagnostic, dans les cas où il y aura doute entre la goutte et le rhumatisme chronique osseux.

Chez les sujets affectés de nodosités d'Heberden, lésion dont la nature goutteuse est encore un sujet débattu, on trouve au niveau des phalanges, des taches transparentes fort distinctes, qui semblent devoir trancher le différend en faveur de ceux qui admettent la goutte comme origine première de cette affection.

La toxicité des urines comme signe d'épilepsie.

M. *Mairet* communique à l'Académie de Médecine une très intéressante étude sur la toxicité des urines des épileptiques. Après de nombreuses expériences de contrôle, il a constaté que les urines épileptiques sont hypertoxiques avant l'attaque et hypotoxiques après. Cette hypotoxicité se trouve dans la période intercalaire et tombe de 150 à 450 c. c. (nécessaires pour tuer 1 kilogramme de lapin). Elle est constante, existe en dehors de toute attaque et constitue un signe permanent.

On retrouve aussi cette hypotoxicité chez les hystériques; mais les urines des épileptiques sont plutôt convulsivantes, celles des hystériques ont la toxicité ordinaire.

Dans toutes les formes d'épilepsie même larvées, on retrouve cette hypotoxicité bien caractérisée, qui a évidemment une grande importance clinique et médico-légale.

De la désinfection des mains du chirurgien.

Nul n'ignore qu'aujourd'hui, la pratique de l'antisepsie parfaite n'exige plus les procédés et appareils de pansement compliqués que préconisait Lister au début de la méthode. Une grande partie du succès tient à la désinfection de la région opératoire et des instruments, mais une aussi grande partie de ce succès antiseptique, tient à la désinfection des mains du chirurgien. Le *Journal des Connaissances médicales* a donné le compte rendu du travail de Fürbringer, de Wiesbaden, sur cette importante question. Fürbringer a surtout étudié la boue abritée sous l'extrémité antérieure de l'ongle, dans l'espace qu'il appelle subunguéal. Après désinfection des mains par les procédés usuels, qui ne laissaient plus de germes vivants à l'extrémité des doigts (vérification en enfonçant les doigts dans la gélatine nutritive), il a pu constater encore, dans la majorité des cas, la présence de bactéries vivantes dans l'espace en question. On y rencontre tantôt des espèces très diverses, un véritable mélange de bactéries, tantôt des individus nombreux appartenant à un petit nombre d'espèces, ce qui semble indiquer une multiplication de certains microbes dans la boue des ongles.

Fürbringer râcle cette boue avec un fil de fer court, mince et rugueux, tenu par un manche, stérilisé par flambage; ce fil est ensuite projeté dans de la gélatine liquéfiée; on détermine ensuite le nombre des bactéries (colonies formées) par un des procédés connus. L'auteur s'est aussi servi de bois d'allumettes suédoises; il taillait ce bois en pointe, s'en servait pour le curage, puis il détachait. avec des ciseaux flambés, l'extrémité chargée pour la faire tomber dans la gélatine; comme contrôle, il constata que la gélatine reste stérile dans la grande majorité des cas, quand on opère de même, mais à blanc, avec des allumettes prises dans les couches profondes de boîtes non entamées.

Pour éviter autant que possible la contamination par l'air, Fürbringer renversa le plus souvent la gélatine dans le tube, au lieu de la verser sur la plaque.

I

Quel est l'événement le plus drôle de votre existence médicale, ou l'aventure la plus singulière de votre vie d'étudiant?

II

Votre vertu a-t-elle couru souvent des dangers, du fait de votre ministère ? — Madame Putiphar a-t-elle simulé quelques malaises, pour pouvoir s'accrocher plus facilement à votre.... paletot ?

III

Etes-vous satisfait de votre sort ?
Que souhaiteriez-vous pour l'améliorer ?
Avez-vous trouvé le moyen d'être heureux, conservé votre verdeur et vos illusions ?

IV

Quelles sont vos distractions préférées ?
Cultivez-vous Vénus ou Bacchus, les lettres, les arts, la musique, la bicyclette, la pêche à la ligne ?

V

Y a-t-il, dans votre endroit, des êtres grotesques, des originaux fantasques, capables de vous dérider, de vous empêcher de dessécher de spleen ?

VI

Avez-vous été témoin de guérisons, dues à une influence comique, à un accès d'hilarité, consécutives à l'annonce d'une bonne nouvelle, d'un événement heureux ?

VII

Etes-vous souvent dupé par vos clients ? — Quelle est la vilenie la plus originale, dont vous ayez été victime? — Par quelle mystification avez-vous donné une leçon au délinquant ?

VIII

Recommenceriez-vous vos études médicales, si vous aviez de nouveau à choisir une carrière? Avez-vous pris la profession en dégoût et aspirez-vous à la retraite, à prendre le wagon réservé des... âmes solitaires, loin des fréquentations vulgaires et des curiosités provinciales ?

IX

Êtes-vous encore sensible aux coups d'épingle de vos rivaux ; les mauvais propos vous inspirent-ils plus de dégoût, plus de pitié, que de colère ?
Quel est le meilleur moyen pour arriver à la souveraine indifférence, qui protège et conserve.

X

Vaut-il mieux que le médecin reste célibataire ou se marie ?

L'auteur fit ainsi treize expériences sur des mains de praticiens, qui venaient d'être désinfectées par l'une des méthodes en usage, et constata que, dans douze cas, l'espace subunguéal renfermait encore des bactéries développables en gélatine. Le nombre des colonies a été de 3.000, — 785, — 2.000, — 2, — 6, — 590, — 30. — 9, — 16, — 10, — 107, — 7. — La désinfection des mains consistait, en général, dans le curage des ongles, lavage et brossage à l'eau chaude et au savon, lavage soit à l'acide phénique 3 %, soit au sublimé 1 ou 2 ‰, et l'opération totale durait de quatre à cinq minutes.

Cette désinfection était donc insuffisante, et une plus grande concentration des solutions antiseptiques ne semblait pas la rendre plus efficace. Fürbringer constata que les îlots épidermiques de la boue des ongles ne sont pas pénétrés, ne sont pas mouillés par ces solutions ; elles se trouvent protégées par des corps gras et de fines bulles d'air.

Le lavage avec des solutions alcalines caustiques, même après savonnage, ou avec de l'éther, du chloroforme, de la benzine, ne donna cependant pas de meilleurs résultats. Mais l'auteur réalisa une désinfection à peu près parfaite, en intercalant un lavage à l'alcool entre le savon et la solution antiseptique ; celle-ci, employée immédiatement après l'alcool, mouille très bien l'espace subunguéal et ce qu'il recèle. Fürbringer recommande donc le procédé suivant :

1° Curage des ongles ; 2° lavage et brossage au savon et à l'eau aussi chaude que possible pendant une minute ; 3° lavage à l'alcool ayant au moins 80°, une minute ; 4° lavage à l'acide phénique 3 0/0, ou mieux au sublimé 2 0/00 une minute ; la dernière solution abîme moins les mains. On peut ensuite laisser sécher les mains ou les essuyer avec du linge *propre* qui ne semble pas leur céder de germes en général.

Si l'on fait la solution de sublimé dans de l'eau ordinaire (non distillée), il ne faut pas manquer d'ajouter un produit chimique empêchant la précipitation du mercure à l'état d'oxychlorure par les carbonates alcalino-terreux de l'eau. On sait que ce résultat est atteint par l'addition d'un acide (par exemple, acide acétique, à peu près 0 gr. 50 par litre, ou acide tartrique, citrique) ou de chlorure sodique (1 à 2 gr. par litre).

Avec les eaux peu calcaires, cette addition n'est même pas nécessaire, si l'on emploie les solutions immédiatement après les avoir faites. Il est à la fois pratique et économique pour les services de clinique, d'avoir en provision des solutions concentrées (50 0/00 et de les mélanger à l'eau ordinaire, au fur et à mesure des besoins, de façon à avoir des solutions de 1 ou 2 0/00 ».

Formiate de soude et pneumonie.

Le Dr Rochon publie, dans la *Médecine Moderne*, décembre 1896, une étude sur l'action spécifique, suppose-t-il, de l'acide formique sur le pneumocoque. Nous croyons utile de la faire connaître, car elle aurait une grande importance si ces premiers résultats se confirmaient.

Depuis la découverte du pneumocoque par Talamon en 1883, on a essayé divers antiseptiques, puis la sérothérapie, mais sans succès suffisants.

On a fait cependant une remarque, c'est que le pneumocoque ne peut vivre longtemps dans le même milieu et qu'en culture il lui est impossible de se développer au delà du 8 ou 9 jours ; à ce moment la culture contient de l'acide formique et, si l'on ajoute de cet acide à une culture récente, on arrête immédiatement le développement du pneumocoque, tandis qu'on le prolonge pendant plusieurs mois en neutralisant l'acidité par du carbonate de chaux (Mosny et Wurtz). D'où, d'après lui, des propriétés bactéricides qu'il a cherché à mettre à profit dans la thérapeutique de la pneumonie, expliquant la cessation de la

---

D'un côté, dit-on, c'est l'ennui à deux, échange de grognements réciproques durant le jour, et de ronflements pendant la nuit.

De l'autre, le célibat évoque tout un ensemble amer et lugubre, le vide, l'isolement, les flâneries navrantes à travers les foules, des amitiés de hasard, sans communauté d'espoirs, de plaisirs ou de chagrins ; des liaisons peu avouables, se traînant de garni en garni, car le vieux garçon subit souvent plusieurs chaînes, pour n'avoir pas voulu en accepter une.

. . . .

On doit savoir se borner ; je m'en tiendrai donc là. — J'ai dû supprimer une page de points d'interrogation, qui ont été trouvés trop légers, ou trop épicés.

A vous d'y suppléer, comme vous l'entendrez.

Liberté complète pour mes correspondants, pourvu qu'ils ne soient ni sombres ni nébuleux.

> Absint inani funere nœniæ,
> Luctusque turpes, et querimoniæ

Selon le conseil d'Horace, point de chants funèbres, point de vaines funérailles, de sombres vêtements, ni de regrets inutiles.

J'aime à croire que, tout réduit qu'il est à des proportions décentes, mon questionnaire, malgré ses feuilles de vigne, pourra fournir à nos lecteurs l'occasion de tirer un étincelant feu d'artifice. Il contient même en germe les éléments d'un volume fort drôle, qui serait bien accueilli (le succès de publications analogues l'a prouvé), par certaines journées ternes et pluvieuses, sans but, où les plus vaillants subissent la maussaderie d'une atmosphère embrumée et chagrine.

Et les soirs d'insomnie, lorsque la pensée fiévreuse persiste à veiller, à s'agiter, que la détente nécessaire n'arrive pas, croyez-vous qu'un joyeux compagnon de chevet n'aurait pas sa raison d'être ?

S'il vous faisait rire, votre système nerveux trop violemment tendu serait bien obligé de désarmer et le sommeil réparateur viendrait enfin clore vos paupières, en vous apportant même de bons rêves pour la nuit au lieu de pénibles cauchemars que votre estomac ombrageux vous faisait redouter.

Il vous appartient de changer ce projet en réalité.

Envoyez-moi de fins et délicats aperçus, des documents originaux, de savoureuses anecdotes et même des billevesées ou des récits croustillants, et, s'il y a lieu, si les matériaux sont suffisants, je me ferai un plaisir de les grouper, de les condenser, d'en faire un tout capable de vous dilater la rate et de chasser les humeurs peccantes de votre économie.

Dr L. Grellety.

pullulation du microbe par l'imprégnation de l'organisme par l'acide formique.

Il a essayé le formiate de soude chez les malades, dont 3 adultes et trois enfants, 0.20 à 0.50 centigrammes par jour chez les enfants et 1.50 à 2 grammes chez les adultes, mais ces doses pourraient être plus élevées, croit-il. Depuis lors, m'écrit-il, il a eu occasion de traiter deux pneumoniques adultes par le formiate de soude, 3 grammes par jour, avec le même succès ; il croit donc à une action indéniable de l'acide formique).

Il a observé constamment une légère diarrhée et des sueurs plus ou moins abondantes, profuses même, chez une femme enceinte de sept mois et dont la maladie cessa le 3e jour.

Les signes d'auscultation persistaient durant deux ou trois jours après la chute de la température.

Il donnait en même temps de l'alcool, 60 grammes, aux adultes, 10 à 15 gr. aux enfants ; or chez deux adultes qui refusèrent l'alcool, la défervescence ne se produisit que le 4e jour.

Peut-être l'alcool transformé dans l'économie en aldéhyde peut-il donner lieu, en présence de l'acide formique, à une nouvelle combinaison dont l'effet serait plus énergique encore, tel l'aldéhyde formique. C'est pour cela sans doute que les urines d'un de ses malades réduisaient, à chaud, une solution ammoniacale de nitrate d'argent. Telle est l'explication qu'il propose.

De sorte, ajoute-t-il, qu'en donnant directement de l'aldéhyde formique, solution à 40 %, qui peut s'employer sans danger chez l'adulte à la dose de 3 grammes par jour, on arriverait peut-être à un résultat meilleur encore.

Malheureusement, il n'a pas eu occasion de vérifier cette hypothèse. Il a bien essayé les inhalations d'aldéhyde formique, qui ont provoqué des accès de toux trop pénible pour aller plus loin, ce qui ne nous étonne pas, nous qui savons combien il est dangereux d'entrer sans précautions dans une chambre désinfectée à l'aldéhyde formique.

Il n'a pas essayé non plus des injections de formiate de soude, qui, théoriquement, dit-il, seraient indiquées.

Le Dr Rochon, en visitant un pneumonique très agité et délirant qui crachait partout, fut pris d'une amygdalite à pneumocoques ; en deux jours il guérit par des gargarismes avec une solution à 4 % ; quatre jours après la guérison, mais en continuant les gargarismes, une inoculation de salive à un lapin resta négative ; même résultat quatre jours après, malgré la cessation du traitement.

« Il paraît donc, dit-il en terminant, que l'acide formique, sous forme de formiate de soude et, sans doute aussi, l'aldéhyde formique, méritent la première place parmi les agents à employer soit dans le traitement des affections pulmonaires, soit dans leur prophylaxie. »

Telles sont les considérations que nous croyons utile de faire connaître, d'autant plus que diverses tentatives ont été déjà faites pour utiliser les propriétés éminemment antiseptiques du formol, en oculistique, en dermatologie, etc.

Dr Lemaire (du Tréport).

Séro-diagnostic par le sang desséché au point de vue de la médecine légale et de l'hygiène publique.

A la séance du 9 janvier de la Société de Biologie, MM. les Drs *Widal* et *Sicard* ont montré qu'un sérum typhique pouvait conserver ses propriétés agglutinatives après quatre mois de dessication. Ils ont, en outre, constaté que le sang, desséché sur diverses substances, particulièrement sur des fragments d'éponge, après dilution dans la proportion de 1 pour 12 ou de 1 pour 15 environ, agglutinait le bacille d'Eberth, mais moins activement que ne le faisait le sang ou le sérum liquide.

D'après l'*Abeille médicale*, MM. Johnston et Taggart ont vu, récemment, que la persistance de la propriété agglutinante du sang desséché pourrait être utilisée en hygiène publique. Ces auteurs, dans un très grand nombre de cas, ont retrouvé la réaction agglutinante avec des gouttes de sang sur du papier, qu'ils se faisaient envoyer de diverses régions du Canada. Le sang desséché sur papier, se laisse, en effet, facilement diluer. Voici la technique qui paraît la meilleure à suivre.

Après piqûre du doigt, on laisse tomber quelques grosses gouttes de sang sur une feuille de papier, à intervalles espacés. On laisse ces gouttes se dessécher complètement à l'air, pendant six heures environ. Pour la recherche de la réaction, on découpe exactement avec des ciseaux une rondelle de papier contenant une goutte de sang desséché, puis, dans un godet en verre de montre, contenant deux gouttes d'eau, on place une de ces rondelles de façon à ce que la face recouverte par la goutte de sang soit tournée vers le fond. Avec une baguette de verre, on agite pendant quelques minutes la rondelle de papier, en la comprimant contre les parois du godet, jusqu'à ce que le sang desséché ait été complètement dissous dans les deux gouttes d'eau que l'on mélange, alors, à huit gouttes de culture en bouillon de bacille d'Eberth.

Bien que le sang, ainsi desséché, perde un peu de son pouvoir agglutinatif, on peut cependant saisir de la sorte la réaction à ses débuts.

Au point de vue pratique, cette propriété qu'a le sang desséché sur diverses substances, de conserver son pouvoir agglutinatif, pourra donc, dans certaines conditions, être exploitée pour la médecine légale et l'hygiène publique.

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

Par le Dr Paul Petit,
Lauréat de l'Académie de médecine.

(*Suite et fin.*)

II. — L'appareil de *suspension* est constitué par les *ligaments de l'utérus* (ligaments *ronds, larges* et *utéro-sacrés*), *ligaments externes des ovaires* (ou *infundibulo-pelviens*), *ligaments suspenseurs de la vessie* (*ouraque* et *artères ombilicales*) enfin indirectement par le *mesorectum*.

Les ligaments autres que les ligaments utérins ne jouent qu'un rôle *accessoire*.

Parmi ceux-ci, les ligaments *utero-sacrés* ont un rôle prédominant et suspendent *directement*

l'utérus, à la façon dont les membres supérieurs d'un acrobate le maintiennent au dessous d'un trapèze.

Les ligaments *ronds* ne sont cependant pas que de *simples tuteurs* : leur action quoi qu'*indirecte*, est assez active, car, en maintenant l'antédirection normale, ils éloignent l'axe de l'utérus du trajet herniaire et utilisent la pression abdominale pour consolider ce résultat et coapter le vagin.

Quant aux *ligaments larges*, ils s'opposent aux déviations latérales de l'organe, mais leur action suspensive est très limitée.

Le plus souvent, le *relâchement* des ligaments suspenseurs ne fait que compléter l'effet produit par l'*effondrement* du plancher de soutien et la réparation de celui-ci *suffit* à guérir le prolapsus. Mais de plus, et c'est un point qu'il ne faut pas ignorer, la guérison s'affirmera par la suite, si le malade évite un certain temps les fatigues, par le fait de la *restitutio ad integrum* des ligaments qui, n'étant plus surmenés, reprendront leur tonicité.

Dans certains cas pourtant, la réfection de l'appareil de soutien peut ne pas suffire : ainsi en est-il du *prolapsus avec rétroversion accentuée dépassant en arrière l'axe vaginal*, du *prolapsus avec dystrophie des tissus*, du *prolapsus complet pendant la période d'activité sexuelle*. Enfin, il en est d'autres, comme nous le verrons, où le relâchement des ligaments suspenseurs peut à lui seul constituer une modalité de prolapsus. Comment donc y obvier ?

Nous avons à notre disposition : Comme moyens médicaux : les *ceintures* et le *massage*. Comme méthodes sanglantes : les *raccourcissements ligamentaires* et les *fixations anormales*.

Ceintures. Les *ceintures*, *toujours insuffisantes*, sont *le plus souvent utiles* et *parfois nécessaires*, même après intervention chirurgicale : ainsi en est-il pour les obèses et les dystrophiques panoptosées. Les ceintures n'agissent qu'en soulageant l'appareil génital d'une bonne partie du poids de la masse intestinale et ne sauraient prétendre à aucune action directe sur l'utérus lui-même qui est au-dessous du pubis. Aussi, au lieu et place de toutes ces pelotes, assez mal tolérées, dont la variété n'a pour limites que l'imagination même des fabricants et qui s'appliquent uniformément sur des bandes de tissu *taillées* à peu près *droit* dans le bas, d'où ascension de l'appareil sur le ventre, malgré les sous-cuisses.... conseillons-nous l'usage de ceintures *plates*, en tissu élastique de préférence, et *modelées jusque sur les plis inguinaux et le contour pelvien*.

Maintenue en place par sa forme même qui s'applique exactement à celle du ventre et par l'intermédiaire de sous-cuisses (en tube de caoutchouc rouge, de préférence), la ceinture hypogastrique, ainsi comprise, ne quitte pas le contour supérieur du grand bassin, ce qui est essentiel, car autrement son action tend à être diamétralement contraire à celle que l'on cherche. La première couturière venue peut ainsi faire mieux que la plupart des fabricants actuels.

Massage. — Le *massage*, entièrement illusoire quand il s'adresse à la divulsion traumatique des valves vagino-périnéales, peut combattre assez efficacement le relâchement ligamentaire. Mais encore faut-il que les deux ordres de lésions ne soient pas réunis ; car autrement, mieux vaut en finir d'un coup par les procédés chirurgicaux. C'est dire que le massage trouve en somme rarement son emploi rationnel. Les manœuvres conseillées par Thure Brandt consistent successivement en *tapotements*, *massage direct*, mouvements d'*élévation* et *gymnastique spéciale* destinée à fortifier la musculature pelvienne.

Tapotements : Se font à nu, de chaque côté de la colonne vertébrale et sur la région sacro-iliaque, suivant trois directions différentes : oblique, sacrée et transverse. Pour la percussion dorsale on doit se servir du bord cubital des mains et pour la percussion sacro-iliaque du poing lâchement fermé. — *Massage direct* : L'organe étant réduit, on le fixe à l'aide de l'index gauche et introduit dans le cul-de-sac antérieur et refoulant l'isthme utérin en haut et en arrière, puis on exerce avec l'autre main appuyée sur l'abdomen, des frictions circulaires, plus ou moins prononcées, sur le fond, les faces et l'isthme de l'utérus. — *Elévation* : Le médecin, placé latéralement, met l'utérus en antéversion en appuyant fortement l'index vaginal sur la face antérieure du col et déprimant la paroi abdominale, avec la pulpe des doigts, au-dessus du pubis. Puis un assistant, placé entre les jambes de la malade, saisit extérieurement l'utérus, ainsi rendu accessible, en avant et sur les côtés, l'étreint de ses deux mains et, relevant, en même temps, ses bras et son thorax, soulève l'organe toujours maintenu en antéversion, jusqu'à résistance des ligaments, puis il l'abandonne à lui-même. Cette manœuvre est répétée trois ou quatre fois par séance. — *Gymnastique* : La malade est étendue, le dos modérément élevé, les jambes et les cuisses à demi fléchies et en abduction légère. Elle se soulève en prenant appui sur les épaules et les coudes et rapproche autant qu'elle le peut ses genoux, tandis que le médecin résiste à son effort ; puis le médecin écarte les genoux, la malade résistant à son tour.

Raccourcissements ligamentaires.

Le *raccourcissement chirurgical des ligaments utéro-sacrés* offre certainement un grand intérêt, puisque ces ligaments, avons-nous dit, sont les suspenseurs directs et les plus puissants de l'utérus. Malheureusement, malgré les tentatives récentes, cette opération semble assez difficilement réalisable.

Le *raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds après laparotomie*, est abandonné par son auteur lui-même, M. Bode, qui a essayé de le réhabiliter en l'ajustant à la cœliotomie. Il est suivi dans cette voie par M. Pichevin qui fait actuellement à Necker des essais du même genre.

Reste le *raccourcissement extra-péritonéal des ligaments ronds* ou *opération d'Alquié-Alexander* qui, pour n'être pas neuve, n'en offre que plus de garanties. D'accord en cela avec bon nombre d'autres gynécologistes et me basant sur une expérience déjà longue, j'en ai donné ailleurs l'appréciation suivante à laquelle je n'ai rien à ajouter : « C'est une opération facile et rapide si l'on prend, comme point de repère principal, l'épine pubienne. C'est une opération sûre, car son coefficient de mortalité est nul. En n'incisant que peu ou pas le canal, on prévient les hernies. L'élimination des fils profonds, tou-

jours à craindre dans un tissu riche en graisse et dilacéré, doit être en principe évitée; on peut du reste ne pas mettre de fils profonds, en adoptant la modification de Franklin-Martin. Les cicatrices ne comptent pas. Il n'y a pas de dystocie à craindre et les résultats obtenus résistent aux efforts d'accouchements multiples. Enfin, c'est une opération suffisamment efficace, si l'on serre de près ses indications et sa portée.

Fixations anormales. – Elles comptent, d'une part, quelques procédés de *fixation des ligaments en situation anormale*, procédés qui ne méritent pas de nous arrêter et tous les procédés de *soudure directe de l'utérus* à la paroi abdominale (*ventrofixation*) et au vagin (vaginofixation).

La *vagino-fixation* (procédés de Dührssen et de Mackenrodt) a entraîné des cas de dystocie désastreuse, ainsi qu'on pouvait, du reste, le prévoir et paraît unanimement condamnée depuis le dernier Congrès de Genève (sept. 1896.) Elle n'intéresse du reste que le prolapsus lié à la rétroversion.

La *ventrofixation* vaut certainement mieux, mais elle est loin d'exciter actuellement l'enthousiasme de ses débuts. On peut lui reprocher: 1° De donner lieu parfois à des sensations douloureuses de traction au niveau de la cicatrice ; de la dysurie avec pollakiurie par le fait d'une fixation trop élevée (j'ai observé une jeune femme, opérée par un chirurgien en renom, qui était obligée d'uriner tous les 1/4 d'heure). 2° De ne pas donner parfois ce qu'elle semblait promettre, cette adhérence si solide qui devait unir étroitement et à jamais l'utérus à la paroi abdominale, s'étirant peu à peu et au point de constituer une bandelette plus ou moins longue qui permet à l'utérus de reprendre sa situation normale. S'il ne descend pas plus bas c'est grâce à la réparation de l'appareil de soutènement que l'on ne manque jamais de faire actuellement. Alors que l'on ne la faisait pas, cet allongement du ligament de néoformation pouvait, ainsi que j'en ai vu des exemples, s'accompagner d'intervention. 3° D'exposer à des dangers divers, immédiats ou éloignés : autosection de l'utérus sur ses fils fixateurs, étranglement de l'intestin sur la bride ventro-utérine (2 cas de Jacobs : Congrès de Genève sept. 1896). Un coefficient de mortalité de 5,4 % (Raühüt, de Halle) est d'ailleurs inadmissible pour une opération plastique.

III. — Les *adhérences celluleuses ou ligamentaires*, intermédiaires à l'*appareil de soutènement* et à l'*appareil de suspension*, en solidarisent les effets, tout en contribuant directement au maintien des organes. Les unes (*adhérences du vagin aux parois pelviennes et aux aponévroses du périnée — adhérences de l'urèthre au pubis*) — jouent le rôle de *soudures fixes*. Les autres (ligaments *utéro et vésico-pubiens*, adhérences *utéro-vésicales* et *utéro-rectales*) remplissent l'office de *charnières*.

Ces adhérences celluleuses ou ligamentaires jouent certainement un grand rôle dans la statique pelvienne, mais se prêtent assez mal à l'action chirurgicale ; on risque d'ailleurs, en s'y attaquant, d'aller à l'encontre de ces deux fonctions si opposées de soudures fixes ou de charnières, qui sont départagées. Aussi, ne ferai-je que rappeler dans un article, qui vise surtout à être clair et immédiatement pratique, les intéressants essais de Goubaroff et de Follet, de Lille (Congrès de chir., oct. 1896).

IV.— A côté des lésions, des moyens de fixité, on comprend qu'il faille tenir compte du poids même des organes herniés.

Aussi s'explique-t-on qu'on ampute le col quand il est hypertrophié ou simplement étiré du fait de l'action antagoniste des ligaments suspenseurs et de la pesanteur (qui reprend ses droits après la disjonction des valves de soutien) ; qu'on soit même allé jusqu'à proposer et exécuter l'ablation complète de l'utérus et des annexes.

Pour nous, l'hystérectomie n'est admissible que s'il y a *complication* de *fibrome*, *cancer*, voire même *métrorrhagies incoercibles*. Autrement elle ne fait guère que gêner le traitement direct du prolapsus. De plus, malgré une apparente facilité, on est particulièrement exposé, en pareil cas, aux hémorrhagies et à l'ouverture de la vessie.

On peut même dire, que, le plus souvent, l'*amputation sus-vaginal* du col est inutile et que le procédé *sus-vaginal* de Schrœder suffit.

Dans un prochain article, nous basant sur les données précédentes, nous ferons l'étude analytique et clinique du prolapsus et de son traitement.

Dr P. Petit.

MÉDECINE PRATIQUE

L'angine de poitrine.

L'angine de poitrine, ou *angor pectoris*, est un complexus symptomatique se manifestant sous forme d'accès, de douleurs paroxystiques, qui débutent dans la région cardiaque, et s'irradient dans les nerfs voisins, en provoquant une sensation d'angoisse extrême (*angor*) pouvant déterminer la mort. On donne encore à cette terrible maladie les noms de *sténocardie*, de *coronarite scléreuse oblitérante*, de *névralgie cardiaque angoissante*, noms tirés des lésions auxquelles on attribue les symptômes ou les localisations principales des manifestations douloureuses.

Il importe de bien distinguer de l'angine de poitrine, les symptômes d'angoisse cardiaque dépendant d'une sorte d'intoxication chronique par l'abus du tabac, du thé, du café, ou bien d'une tuméfaction aiguë ou chronique du vomer, des cornets inférieurs et moyens, des polypes nasaux, de la tonsille pharyngienne hypertrophiée, etc.

L'angine de poitrine dite vraie, est celle qui procède d'une lésion anatomique du cœur, athérome des artères coronaires, myocardite, dégénérescence graisseuse, hypertrophie et dilatation du ventricule gauche dépendant d'un surmenage ou d'une maladie générale, rétrécissement et insuffisance aortiques.

A côté de cette première forme, se groupent deux autres genres d'angoisse cardiaque ou fausses angines de poitrine : 1° l'angine de poitrine des fumeurs et des buveurs de café ; 2° l'angine de poitrine des rhino-pharyngiens (tuméfaction intra-nasale ou amygdalienne). Nothnagel et Landais ont même décrit un 3e groupe, qu'ils nomment l'angine de poitrine vaso-mo-

trice (appartenant à la catégorie des névroses pures).

C'est à Heberden, médecin anglais, et à Rougnon, médecin français, que revient l'honneur d'avoir donné la première description de l'angine de poitrine.

Jenner et Parry ont été les précurseurs des théories anatomo-pathologiques et pathogéniques modernes sur l'origine artérielle coronaire de l'angine de poitrine. Les auteurs actuels voient, dans le rétrécissement athéromateux des artères coronaires, la cause des manifestations angoissantes cardiaques ; pour les uns, les artères rétrécies n'apportent plus au cœur la nutrition et l'oxygénation suffisantes (paralysie ischémique du cœur) ; pour les autres, le muscle cardiaque est empoisonné, auto-intoxiqué par des poisons de désassimilation que la circulation, devenue insuffisante, n'entraîne plus assez rapidement.

I

SYMPTÔMES ET TABLEAU CLINIQUE.

Vraie ou fausse, l'angine de poitrine est une maladie de l'âge adulte ou de la vieillesse ; on ne l'observe pas chez l'enfant.

Cette cruelle affection débute souvent inopinément, sans prodromes bien accusés, sans accès prémonitoires, à la suite d'une fatigue excessive du cœur occasionnée par des excès alcooliques, vénériens, ou par une ascension trop rapide d'un escalier, d'une montagne, après une marche forcée contre le vent, un exercice immodéré de bicyclette, de gymnastique, d'escrime ; parfois, l'accès d'angine de poitrine débute brusquement au milieu de la nuit sans cause bien précise, pendant un sommeil tranquille. Une émotion morale vive, un violent chagrin est une fréquente cause d'accès.

La douleur apparaît brusquement dans la région précordiale, derrière le sternum ; elle est très intense, térébrante, déchirante, cuisante ou convulsive : le malade se tient debout et cherche un point d'appui, auquel il se cramponne désespérément ; ou bien il s'étend à demi assis et attend péniblement la fin de la crise.

La douleur, d'abord localisée au cœur, ne tarde pas à envahir les plexus nerveux voisins.

Elle se porte d'abord en profondeur, vers la colonne vertébrale ; mais brusquement, elle saute sur le plexus brachial *gauche*, passe dans l'épaule, à l'insertion du deltoïde, descend à la face interne du bras, envahit l'avant-bras en suivant le trajet du cubital et se termine dans l'auriculaire ou le petit doigt. « Dans le bras, la douleur est tantôt insignifiante, tantôt très intense, tandis que dans les doigts, elle se manifeste ordinairement sous forme de paresthésies douloureuses, telles que sensations de froid, de fourmillements, d'engourdissement.

« La sensibilité du bras est pourtant conservée et ses mouvements libres. Dans certains cas rares, du reste, la douleur peut sauter dans le bras droit ou envahir le plexus cervical et provoquer des crises auriculaires ou occipitales.

« Plus rarement encore, on voit la douleur s'irradier dans la peau de la paroi antérieure du thorax, envahir les nerfs thoraciques antérieurs et passer même dans les organes abdominaux, où elle provoque de véritables crises cardialgiques.

« Suivant l'intensité de l'accès, les douleurs sont de plus, accompagnées d'angoisse extrême, de tremblement général, d'abattement, d'une terreur invincible d'une mort imminente. Le visage reflète les douleurs atroces éprouvées par le malade ; il est pâle, livide, froid et recouvert d'une sueur visqueuse (1). »

Il n'y a pas, à proprement parler, de dyspnée dans l'angine de poitrine pure ; c'est la crainte de provoquer une exacerbation de la douleur par une inspiration profonde qui, au moment du paroxysme de la douleur, oblige le malade à respirer très superficiellement.

Par contre, certains malades font plutôt des inspirations très profondes, mais longuement espacées, espérant ainsi atténuer l'intensité de la douleur. L'asthme cardiaque ou dyspnée vraie est différent de l'angine de poitrine, mais il peut se présenter chez le même malade en même temps que l'angine de poitrine, par suite de la production subite d'œdème pulmonaire.

Pendant les accès d'angine de poitrine, le pouls est généralement accéléré, dépressible et faible ; il est exceptionnellement ralenti.

La durée des accès d'angine de poitrine varie de quelques minutes à des heures entières. Quand l'accès se prolonge, il est interrompu par de rares intervalles de bien-être relatif.

La fréquence des accès est très variable.

Tantôt, ils reviennent plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, tantôt ils disparaissent pour des semaines et des mois, suivant l'intensité des lésions ou suivant la rigueur avec laquelle le traitement est suivi.

Quand l'accès est terminé, les phénomènes douloureux disparaissent suivant l'ordre de leur apparition : l'angoisse précordiale d'abord, la douleur de l'épaule, du bras et du petit doigt gauches ensuite. L'attaque laisse le malade dans un état très prononcé de prostration et de tristesse ; il se produit souvent des renvois, des efforts nauséeux, des vomissements même, accompagnés d'émission de gaz intestinaux.

L'accès d'angine de poitrine peut se terminer brusquement par la mort ; le malade tombe comme foudroyé, au moment même où il commençait à sentir les approches de la crise précordiale.

La terminaison fatale peut traîner en longueur. Les forces du malade s'épuisent, le visage est livide, les extrémités se refroidissent, des râles apparaissent dans la poitrine, une dyspnée intense se manifeste et une expectoration muqueuse, teintée de sang, se produit ; le pouls est à peine perceptible, ralenti, irrégulier, une sorte de demi-coma s'empare du malade qui succombe à l'affaiblissement progressif cardiaque.

A côté de l'angine de poitrine vraie, et des angines de poitrine fausses, dues au tabac ou à une obstruction naso-pharyngée, il existe, avons-nous dit, une angine de poitrine vaso-motrice. Cette variété se rencontre habituellement chez les individus qui ont souvent les bras dans l'eau froide et sont soumis fréquemment à des variations brusques de température, comme les blan-

(1) Traité pratique de médecine clinique et thérapeutique de Bernheim et Laurent. Chez A. Maloine, 1895.

chisseuses, les laveurs de vaisselle, etc. Les accès ont la forme caractéristique d'un spasme artériel très étendu ; les pieds et les mains, puis les jambes et les avant-bras deviennent subitement pâles, légèrement cyanosés, froids, et finissent par s'engourdir jusqu'à devenir raides : toutes ces parties sont douloureuses à la fois et le malade a la sensation qu'elles sont mortes. La sensibilité cutanée est diminuée, et la température générale abaissée. Il y a, outre ces phénomènes, une douleur angoissante précordiale, plus ou moins intense. Mais il faut bien remarquer que le spasme cardiaque succède à l'angiospasme périphérique et ne le précède pas comme dans l'angine de poitrine vraie.

Le pouls est généralement ralenti, petit et dur.

L'accès dure de quelques minutes à une demi-heure au plus ; les phénomènes pathologiques diminuent peu à peu et les malades reviennent à leur état normal. Dans certains cas, les malades conservent, pendant quelque temps encore, après l'accès, de légères paresthésies dans les orteils et les doigts, dont les mouvements normaux ne se rétablissent qu'un certain temps après l'accès.

Dans la question du diagnostic de l'angine de poitrine, le point difficile n'est pas le diagnostic même de l'affection ; elle est trop caractéristique pour que l'on s'y trompe : mais, il importe, au point de vue du traitement, de bien préciser les causes de cette maladie. Un examen approfondi du cœur et des vaisseaux s'impose, tout d'abord ; il faudra s'assurer si les voies respiratoires supérieures sont libres, s'il n'y a pas de tumeur du médiastin pouvant comprimer les pneumogastriques, s'il n'y a pas une néphrite, une affection gastro-intestinale, une névrose telle qu'épilepsie, hystérie, neurasthénie, s'il y a du diabète, si enfin, le malade est un gros fumeur, un gros buveur ou un gros mangeur, menant une vie irrégulière ou calme.

Le pronostic de l'angine de poitrine vraie est toujours mortel, mais à plus ou moins brève échéance, suivant la rigueur du traitement. L'angine de poitrine fausse et l'angine de poitrine vaso-motrice se terminent facilement par la guérison, si le malade peut ou veut cesser les habitudes qui la provoquaient. A la longue, cependant, ces dernières peuvent prendre une allure chronique et se terminer comme l'angine de poitrine vraie.

II

TRAITEMENT.

La question du traitement de l'angine de poitrine a été récemment exposée avec beaucoup de clarté et de précision dans la *Gazette hebdomadaire*; nous emprunterons les principales règles indiquées dans ce journal :

« 1° *Traitement de l'accès.* — Ce traitement est basé sur l'emploi des vaso-dilatateurs rapides.

« Le nitrite d'amyle est le médicament le plus précieux, car les malades peuvent le conserver sur eux, dans des tubes scellés à la lampe et renfermant une quantité connue du médicament.

« Dans un simple flacon bouché à l'émeri le nitrite d'amyle s'altère vite ; il est, de plus, dangereux à manier.

« Lorsqu'un accès survient, le malade doit s'asseoir et cesser tout effort ; puis il verse sur un mouchoir, quelques gouttes de nitrite d'amyle et les respire. Les vaisseaux de l'encéphale et du cœur se dilatent comme ceux de la tête et du cou ; la tension intra-vasculaire s'abaisse.

« Le patient doit débuter par IV gouttes et n'arriver que peu à peu à VI, VIII gouttes ; l'accoutumance amène bientôt à dépasser ces doses.

« Lorsque les accès, en se répétant, deviennent plus longs, il faudra faire plusieurs inhalations dans le cours d'une même crise. On peut observer alors des phénomènes d'intoxication : somnolence, hallucinations et délire.

« Du reste, lorsque les accès augmentent de durée, on doit plutôt recourir à d'autres médicaments. En tête se place la trinitrine que l'on emploiera en injections sous-cutanées selon la formule suivante :

Solution de trinitrine à 1/100.	XI gouttes
Eau de laurier-cerise........	10 gr.

« Le médicament peut aussi être administré par la voie stomacale : on débutera par III gouttes de la solution au centième, donnée dans un peu d'eau ; on peut aller jusqu'à VI gouttes chez les malades habitués. L'action se produit au bout de cinq à dix minutes.

« Les fatigues intellectuelles sont aussi nuisibles que les fatigues physiques.

« 2° *Traitement médicamenteux.* — L'iodure de potassium en est la base. M. Huchard le fait alterner avec l'iodure de sodium : un mois du premier et deux mois du second.

« Le médicament doit être absolument pur ; il faut le prendre au milieu du repas. M. Huchard l'associe à l'arsenic ou à l'extrait thébaïque dans les formules suivantes :

Eau distillée.............	300 gr.
Iodure de potassium......	10 à 20 gr.
Extrait thébaïque.........	0 gr. 10

Deux ou trois cuillerées *à soupe* par jour.

Eau distillée..............	150 gr.
Iodure de sodium.........	5 à 10 gr.
Arséniate de sodium.......	0 gr. 05

Deux à trois cuillerées *à café* par jour.

« La plupart des auteurs s'accordent à conseiller de suspendre l'iodure pendant cinq à dix jours par mois.

« Les iodures de strontium, de calcium peuvent être essayés ; le second convient surtout en cas d'intolérance des voies digestives pour l'iodure de potassium.

« Le traitement par l'iodure doit être continué pendant deux à quatre ans.

« Si les accidents iodiques sont intenses, M. Lemoine conseille la teinture d'iode, X à XV gouttes au commencement de chaque repas, diluées dans du potage ou de l'eau. M. Huchard, si l'intolérance est absolue ou dans les périodes de suspension, ordonne la trinitrine : III gouttes de la solution au 1/100 dans une cuillerée à soupe d'eau, trois ou quatre fois par jour.

« Les révulsifs locaux viendront compléter le traitement. Le mieux sera de placer sur la région précordiale de petits vésicatoires de la grandeur d'un timbre-poste que l'on renouvelle souvent. On pourra aussi mettre des cautères au niveau de la base du cœur. Les pointes de feu ont l'inconvénient d'effrayer le malade auquel il faut épargner toute émotion inutile.

« L'injection sous-cutanée de morphine donne

d'excellents résultats, mais ne peut guère être faite que par le médecin. On peut débuter par 1 centigr. et élever rapidement la dose en cas d'accoutumance ou si elle n'agit pas. Chez les malades souffrant de douleurs très vives, la morphine ne produit pas d'accidents, quelle que soit la cause des douleurs. Naturellement l'injection n'agit qu'au bout de quelques instants ; elle est donc inutile lorsque les accès sont courts.

« Au moment des accès, toute autre médication est inefficace ou dangereuse.

« 3° *Traitement dans l'intervalle des accès.*

— A. Traitement hygiénique.

« Aliments défendus : gibier et viandes faisandées, charcuterie, conserves alimentaires, bouillon gras, coquillages, crustacés.

« Aliments permis : viandes blanches en petite quantité, très cuites et très fraîches, œufs, légumes et laitage.

« Le lait est des plus utiles encore contre l'artério-sclérose dont l'angine de poitrine vraie n'est qu'une conséquence. Le régime lacté exclusif convient, s'il y a de la céphalée rebelle, des accès de dyspnée nocturne à répétition; M. *Huchard* a insisté à maintes reprises sur ses effets merveilleux dans les cas de ce genre. Pas plus que chez le brightique, on ne devra continuer indéfiniment l'usage du lait; une fois les accidents les plus graves disparus on reviendra peu à peu à l'alimentation mixte, mais le lait devra toujours constituer la plus grande partie du repas du soir. Assurer la liberté de l'intestin.

« Boissons défendues : vins, liqueurs alcooliques, café.

« Boissons permises : lait, vin blanc très léger, étendu d'une grande quantité d'eau minérale indifférente. Infusions aromatiques chaudes à la fin du repas. La quantité totale des liquides doit être peu élevée.

« Interdiction absolue de fumer et même de séjourner dans une pièce où il y a beaucoup de fumeurs.

« Exercices modérés. Eviter tous les efforts violents : montée des étages, marches contre le vent, excès vénériens ; ne jamais faire d'efforts avec le bras gauche. Ne pas prendre de bains froids ni de bains trop chauds.

« Favoriser les fonctions de la peau par le massage, les lotions froides, les frictions excitantes.

« Au bout d'un certain temps l'angineux, ou plutôt l'artério-scléreux, tend à devenir un cardiaque ; il passe à la période mitro-artérielle de l'artério-sclérose. — Sont alors indiquées la digitale, la caféine, dont les modes d'administration n'ont rien de spécial à ce cas.

— B. Traitement des complications.

« *Syncope.* Pendant l'accès, traitement habituel de cette dernière : desserrer les vêtements à la taille, aux jambes, aux pieds, coucher le malade horizontalement, la tête basse, aérer la pièce où il est couché, flageller les joues avec un linge mouillé froid, frapper les mains, soulever au besoin les pieds et les jambes en l'air au-dessus du corps ; marteau de Mayor sur la région précordiale. Après l'accès, on fait une injection d'éther, de caféine ou d'huile camphrée.

« *Insuffisance rénale* due à l'artério-sclérose concomitante ; Régime lacté intégral et quand on l'interrompt, régime végétarien avec le lait comme boisson.

« Dans les accès subintrants angineux, il faut un repos et un calme absolus ; le malade assis sur un fauteuil ou sur son lit, doit éviter le plus léger effort.

« *Parésie cardiaque* avec œdème pulmonaire aigu, arythmie, grande faiblesse du pouls ; on a recours à la trinitrine, à l'éther et à la caféine en injections ; on prescrit en une fois et une seule fois, trente à quarante gouttes de solution de digitaline à un millième. On pratique des frictions énergiques et excitantes sur la poitrine et sur les membres. »

FAUSSES ANGINES DE POITRINE.

L'angine de poitrine hystérique est justiciable de tous les antispasmodiques habituels : bromures, valériane, camphre, chloral associé au bromure. La suggestion seule arrive parfois à guérir les malades. Enfin, on peut avoir recours à des moyens extérieurs, les pulvérisations d'éther, les douches tièdes à jet brisé, puis les douches froides à 24 degrés.

Quant à l'angine tabagique, la cessation de l'habitude de fumer suffit généralement pour la guérir, à moins que la maladie ne se soit transformée en une angine de poitrine vraie. M. le Dr *de Ranse* a dernièrement attiré l'attention sur la possibilité de guérir les pseudo-angines de poitrine par la médication hydro-minérale thermale. Le traitement consiste essentiellement dans les bains tempérés, d'abord très courts, dont on augmente graduellement mais lentement la durée. On y joint parfois, dans certains états névropathiques qui tiennent sous leur dépendance les accès angineux, des douches chaudes, tempérées ou écossaises, toujours à faible pression. (*Bulletin de Thérapeutique.*)

Le réveil des accès, qui se produit généralement sous l'influence des premiers bains et durant la période d'excitation thermale, ne doit pas inquiéter les malades, mais exige de leur part certaines précautions ; de la part du médecin, une surveillance des plus attentives.

Dr PAUL HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Chronique de l'enseignement.

Mon cher Confrère,

L'encombrement professionnel et l'accroissement progressif des étudiants en médecine sont le thème de nombreuses plaintes dans les journaux médicaux, mais je n'ai pas vu proposer de remèdes sérieux à cet état de choses. La question des étrangers est déjà épuisée et je persiste à penser qu'elle a été mal résolue ; celle des nationaux est plus actuelle et je crains bien qu'on ne fasse rien de sérieux. Le problème est difficile, il n'est pas insoluble ; mais il faudrait pour cela consentir à des réformes radicales.

On accuse l'insuffisance de la sévérité des jurys d'examen ; ces jours-ci, la *Gazette des hôpitaux* a publié le relevé des ajournements prononcés, à la Faculté de Paris et montré que leur

pourcentage décroît avec l'importance des matières demandées. Ce relevé n'a pas été fait pour Lyon, mais il est certain que nos chiffres seraient de tous points comparables à ceux de Paris, peut-être même identiques.

Il est sûr que les examens sont trop faciles, et que cette facilité a le triple inconvénient de donner libre jeu à la paresse, de déconsidérer la profession par les insuffisants qui abondent, et d'attirer les élèves et les familles par la perspective d'un succès toujours assuré; je parle, bien entendu, uniquement de l'acquisition du diplôme. Tout cela est indiscutable, mais où est la cause et à qui la faute ? Aux examinateurs ou au système d'études ? Je sais bien que l'on peut reprocher à quelques examinateurs un souci blâmable de la popularité, à quelques autres de la faiblesse de caractère, mais ce ne sont là que des influences partielles et rares, alors que l'effet est général et toujours progressif.

Il serait facile d'analyser les véritables causes de l'indulgence ; je me contenterai de déclarer qu'elle sont dues aux défectuosités de notre système et que je ne vois aucun remède efficace autre que sa modification profonde.

Il faudrait supprimer les inscriptions trimestrielles, organiser les études par années ; donner à chaque année, comme sanction, un examen de fin d'année, passé par tous les professeurs de l'année et portant sur les matières de leur enseignement. Le refus à l'examen de fin d'année, entraînerait le redoublement de l'année ; la scolarité devrait être obligatoire et ininterrompue, sauf autorisation spéciale de suspendre les études, accordée pour des motifs de force majeure par les Conseils des Facultés. Toute année commencée dans une Faculté devrait y être achevée, et redoublée, s'il y a lieu. Aucune autorisation de second redoublement ne serait accordée, pour une même année tout au moins.

Il s'agit, en somme, d'organiser nos Facultés, un peu comme les autres écoles supérieures, pour leur permettre de rejeter les fruits secs. Personne ne serait assuré d'arriver à coup sûr au doctorat avec ce système, et ce ne serait que justice. Une fois la 4e année faite et validée par l'examen correspondant, il resterait encore deux ou trois examens complémentaires passés avec le système actuel, ne pouvant plus par conséquent constituer autre chose qu'un retard plus ou moins marqué, mais n'entraînant pas l'exclusion, comme celle qui serait provoquée en cours des 4 années de scolarité.

Voilà, dans ses grands traits, et sans méconnaître les objections qu'elle peut soulever, la seule réforme qui me paraît de nature à relever comme il est nécessaire la valeur du doctorat et à arrêter le flot de ceux qui sont tentés aujourd'hui par la facilité et la sécurité d'accès que le système actuel leur assure.

Je vous adresse cette lettre à titre de simple contribution à l'enquête que vous avez ouverte sur les questions professionnelles, en vous laissant toute latitude, pour en faire l'usage que vous jugerez utile.

Agréez l'assurance de mon dévouement aux œuvres professionnelles.

L. Bard.

BULLETIN DES SYNDICATS

Association professionnelle des médecins de Bayonne.

20 *août* 1896.

Présents : MM. Batbedat, Delvaille, Sudour, Tucoulat, G. Lasserre, Garat, Ribeton, Rosenthal, Dutournier, Breucq, Brandeïs, de Luzarey, Orgogozo.

MM. Chevillion, Blazy, P. Lasserre, Pambrun, Lafourcade, Sous, ont envoyé leur adhésion.

Constitution et Bureau.

A l'unanimité des voix, on décide d'établir une Association professionnelle des Médecins de Bayonne.

On procède ensuite à l'élection du Bureau qui est composé de la façon suivante :

Président................	MM. Sudour.
Vice-Président...........	Ribeton.
Secrétaire-Trésorier......	Garat.
Syndic..................	Tucoulat.

Statuts.

Les Statuts suivants sont définitivement adoptés :

Article premier. — Il est fondé, entre les médecins qui adhèrent aux présents statuts, une Société qui prend le titre d'Association Professionnelle des Médecins de Bayonne.

Art. 2. — Elle est fondée sous le bénéfice de la loi du 21 Mars 1884.

Art. 3. — Son siège est à Bayonne ; sa durée est illimitée, de même que le nombre de ses membres.

Art. 4. — Elle a pour objet : l'étude de toutes les questions professionnelles en général, et en particulier de celles qui peuvent se présenter dans la ville de Bayonne.

Son but est l'établissement d'une union confraternelle, d'une solidarité professionnelle qui peuvent augmenter la dignité, la considération et le bien-être de ses membres.

Elle poursuivra avec persévérance la répression de l'exercice illégal de la médecine ; et s'efforcera d'aplanir les conflits, qui s'élèveront entre confrères.

Art. 5. — Toute discussion étrangère au but de l'Association est rigoureusement interdite.

Art. 6. — Peuvent faire partie de l'Association : 1° les Médecins régulièrement diplômés qui ont leur domicile à Bayonne ;

2° Les Médecins qui, habitant les communes limitrophes, se trouvent par là en relations directes avec les premiers.

Art. 7. — Pour être admis comme membre de l'Association, il suffit :

1° D'adresser au Président une adhésion écrite aux présents statuts.

L'admission définitive sera prononcée par l'assemblée suivante.

2° De verser une cotisation annuelle qui est fixée à 5 francs et sera due pour l'année entière, quelle que soit la date de l'adhésion.

Art. 8. — L'Association se réserve le droit d'exclure un ou plusieurs de ses membres pour faits graves et portant atteinte à l'honneur professionnel.

Art. 9. — Le bureau est composé d'un Président, un Vice-Président et un Secrétaire-Trésorier. Il est nommé pour trois ans ; ses membres sont rééligibles.

Art. 10. — Le bureau se réunit aussi souvent qu'il en est besoin, sur la convocation du Président.

Art. 11. — Chaque année, les Membres de l'Association sont convoqués en assemblée générale pour approuver les travaux de l'année, recevoir les comptes du Trésorier, et statuer, après discussion, sur les questions qui figurent à l'ordre du jour.

ART. 12. — Les réunions générales se tiendront à Bayonne.

ART. 13. — Le compte-rendu de ces réunions, rédigé par le Secrétaire-Trésorier, sous le contrôle du bureau, est adressé à chacun des membres de l'Association.

ART. 14. — Le fonds social se compose du produit des cotisations, indemnités, dons, legs et autres fonds et revenus qui pourront revenir à la Société de quelque source que ce soit.

ART. 15. — En cas de dissolution les fonds disponibles seront attribués à une Association médicale p'intérêts professionnels.

ART. 16. — Le membre qui, pour une cause quelconque, cesse de faire partie de l'Association, n'a aucun droit sur le fonds social et ne peut exiger aucun remboursement.

ART. 17. — La dissolution de l'Association ne pourra être provoquée que par une assemblée générale spécialement convoquée à cet effet, et à la majorité des trois quarts des votants.

ART. 18. — Des réglements particuliers adoptés en assemblée générale, détermineront, selon les circonstances, les conditions dans lesquelles seront mis en pratique les principes généraux exposés dans les présents statuts.

ART. 19. — Aucune modification aux présents statuts ne pourra être mise en discussion, si elle n'a été préalablement soumise au Bureau un mois au moins avant l'époque fixée pour l'assemblée générale.

ART. 20. — L'Association professionnelle des médecins de Bayonne, déclare adhérer à l'Union des syndicats médicaux de France.

Le Bureau est chargé d'étudier, pour la prochaine séance, divers projets relatifs aux Sociétés de secours mutuels de Bayonne et d'établir un exposé des principes de déontologie.

Le Secrétaire, Dr GARAT.

REPORTAGE MÉDICAL

Légion d'honneur.— Parmi les 15 promotions comme chevaliers, nous adressons nos félicitations empressées à MM. les docteurs Barrault (de Paris), Gros (de Lamalou-les-Bains), Pasturaud (d'Etampes), membres du *Concours médical.*

— *Association de la Presse médicale française.*— Secrétariat général : 14, boulevard Saint-Germain, Paris.— *Réunion du* 5 *février* 1897.— Le 5 février 1897 a eu lieu le trente-cinquième dîner de l'Association de la Presse médicale française, sous la présidence de M. le Pr Cornil. Vingt-trois personnes y assistaient.

M. le Pr TERRIER a été nommé pour remplacer M. Nicaise décédé (*Revue de Chirurgie*). M. ROUSSELET remplace, comme directeur de l'*Assistance publique*, M. Butte, démissionnaire. M. le Dr Huchard est nommé membre titulaire (*Journal des Praticiens*).

Sont nommés rapporteurs des candidatures de MM. Crouzat (*Revue obstétricale internationale*) et Verneau (l'*Anthropologie*), MM. Olivier et Rousselet.

Le secrétaire général, après lecture de la correspondance, a communiqué à la réunion le résultat de ses démarches en ce qui concerne le Congrès de Moscou. Il a rappelé que des circulaires adressées antérieurement aux journaux associés ont fait connaître aux intéressés tous les renseignements fournis par le Comité russe.

Le Secrétaire général,
Marcel BAUDOIN.

— *La fouille dans les hôpitaux.*—A la suite de M. Sarcey qui félicitait M. le Dr Félizet d'avoir rétabli, de son propre chef, la *fouille* des personnes qui visitent les malades de son service, la presse se préoccupe de savoir si l'Assistance publique qui avait supprimé cette mesure, malgré l'avis des médecins, ne la rétablira pas dans les hôpitaux de Paris.

— *L'exercice de la Médecine à Madagascar.* — *Par arrêté du général Galliéni.* — « Nul ne peut exercer la médecine à Madagascar et dans ses dépendances, s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine d'une Faculté française.

« Sont considérés comme docteurs en médecine d'une Faculté française et autorisés à exercer la médecine à Madagascar seulement les indigènes ayant obtenu leur diplôme dans l'une des écoles de médecine française établies dans la colonie.

« Les médecins et chirurgiens diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne peuvent exercer leur profession à Madagascar, et dépendances, qu'à la condition d'avoir obtenu devant une Faculté française le diplôme de docteur en médecine conformément aux dispositions spécifiés dans l'art. 5, titre IV de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine.

Par une disposition transitoire, les médecins diplômés à l'étranger, exerçant actuellement leur profession à Madagascar, pourront être autorisés, s'ils en font la demande à l'exercer, dans la colonie.

Cet arrêté se complète par la création à Tananarive d'une école de médecine destinée à former des médecins indigènes. Cette école est placée sous la direction du médecin principal Mestayer.

— *Congrès international de Moscou.*(19-26 Août 1897). — Les Compagnies de Chemins de fer du Nord, de l'Ouest, de Paris-Lyon-Méditerranée, de l'Est, d'Orléans et du Midi et la Compagnie générale transatlantique viennent d'accorder une réduction de 50 0/0 pour les médecins se rendant au Congrès de Moscou. Toutefois, pour la ligne de New-York, la Compagnie Transatlantique ne fait aucune réduction ; elle exige, pour ce trajet, le prix minimum prévu par les tarifs, suivant la saison : [*Été* : Touraine, 122 l. st. (562 fr. 50) ; autres paquebots : 105 l. st. (525 fr.)]

La Compagnie des Messageries Maritimes n'a consenti à accorder qu'une réduction de *trente pour cent* (30 0/0) sur les prix nets de ses tarifs de passage (déduction faite de la nourriture).

Pour obtenir ces réductions, se faire inscrire sans retard aux bureaux du Comité français, 14, boulevard Saint-Germain, Paris, et adresser le montant de la cotisation, c'est-à dire VINGT-CINQ FRANCS.

Le Secrétaire général,
Marcel BAUDOIN.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4160. — M. *Griboval*, médecin à Mesnil-Esnard (Seine-Inférieure), membre de l'Association des médecins de la Seine-Inférieure.

N° 4161. — M. le docteur *Dubois*, de Marcilly-le-Hayer (Aube), membre de l'Association des médecins de l'Aube, du Syndicat de Nogent-sur-Seine et présenté par M. le docteur Tabard, de Vareddes (Seine-et-Marne).

N° 4162. — M. le docteur *Cambillard*, de Paris, membre de l'Association des médecins de la Côte-d'Or.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs *Mourrier*, de Baugy (Cher) ; *Michaud*, de Blandy (Seine-et-Marne) ; *Gillen*, de Vincennes (Seine) ; *Gouillieux*, de Corbie (Somme) ; *Barré*, de Paris ; *Petit*, d'Archignat (Allier), membres du « Concours médical ».

Le Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 8 20 Février 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le projet de création des collèges médicaux.

L'Union des Syndicats vient de publier un projet de loi portant création des collèges médicaux.

Puisque les propositions de MM. Surmay et Mougeot avaient paru inacceptables au Corps médical, puisque celle de M. Dignat n'avait pas été examinée par nos grandes Sociétés, il devenait utile (afin de ne pas laisser discuter en l'air, au risque de voir mettre en doute jusqu'à la valeur du principe lui-même) de fournir un texte nouveau à l'appréciation de nos confrères.

Ce texte, nous l'avons (1).

Œuvre due à la collaboration de médecins et de jurisconsultes, elle mérite un examen approfondi. Nous souhaitons que les Syndicats appelés à se prononcer, ne le fassent pas à la légère, et que des objections de détail ne poussent pas trop vite à condamner l'ensemble.

Nous savons combien cette question est hérissée de difficultés, combien les mœurs médicales françaises s'accommodent avec peine des législations nouvelles, combien la mise en pratique des dispositions votées soulèvera de protestations discrètes ou éclatantes.

Mais, c'est précisément parce que le problème est grave, ardu et gros de conséquences, qu'il doit être étudié sans parti pris, sans idée préconçue d'aucune sorte.

Il tient son regain d'actualité, d'événements qui causent à tous une légitime inquiétude, et qui, à l'heure actuelle, pourraient bien passionner les discussions.

Le premier devoir qui s'impose est donc de faire abstraction de nos impressions récentes.

Il faudra ensuite se placer devant une enquête sur l'état présent de nos mœurs professionnelles en général, sur les tendances qui s'y développent, et se mettre d'accord sur celles qu'il faut encourager et sur celles qu'il faut détruire.

C'est là que se produiront des divergences de vues, dont la manifestation devra rester calme, si l'on veut qu'une majorité trouve à se faire une opinion.

Evitons également avec soin que cette question brûlante ne crée des scissions sérieuses dans nos groupements professionnels, et que le vote final ne soit influencé par une crainte de ce genre. Notre éducation de la liberté doit être assez faite pour que toutes les opinions soient produites et examinées avec soin.

Il est impossible de savoir quel sera le résultat du plébiscite devant lequel nous sommes aujourd'hui placés.

Mais c'est une occasion favorable entre toutes de montrer, si nous sommes assez mûrs pour nous gouverner, en quelque sorte, nous-mêmes, comme nous serions appelés à le faire après la constitution de l'Ordre des médecins ou des Chambres médicales.

C'est pourquoi nous recommandons de donner au prononcé de ce premier jugement tout le calme et la solennité que l'on est en droit d'attendre de notre prétention à l'indépendance.

Dr H. Jeanne.

(1) Il ne diffère guère, que par la lettre, du projet de M. Dignat publié en 1892.

LA SEMAINE MÉDICALE

La peste bubonique.

La terrible épidémie de peste, qui sévit dans l'Inde, depuis quelques mois, prend des proportions telles d'extension, que les conseils sanitaires des différents pays d'Europe ont cru devoir prendre quelques mesures prohibitives pour en empêcher l'importation en Europe. Le fait est que les nombreuses épidémies que la peste, venue de Chine et d'Inde, répandit en Europe depuis le quatorzième siècle (1347) furent épou-

vantablement meurtrières : On parla de 25 à 30 millions de victimes de 1347 à 1350. On se souvient encore de la peste de Marseille, qui en 1720 et 1722 fit 80.000 victimes. Ce n'est donc pas à tort qu'on la redoute.

La peste asiatique de nos jours est bien la *survivante* et la *descendante* de la peste, qui produisit dans l'antiquité et le moyen âge les formidables ravages que l'on sait. Elle en a gardé les allures cliniques et la gravité. « Outre la « peste classique, on a observé assez fréquem« ment la forme pneumonique et hémorrhagi« que, rappelant exactement la peste noire du « XIVe siècle. »

L'endémo-épidémie indienne se signale surtout par ces accidents pulmonaires et hémorrhagiques, et l'épidémie de Pali (1836) est restée célèbre à cet égard.

Quant à la gravité, si la peste ne détermine plus aujourd'hui les ravages, qui en étaient la caractéristique aux siècles passés, elle a sans conteste gardé la virulence qu'elle avait autrefois, quand elle constituait la plus redoutable de toutes les épidémies.

La *cause primordiale* de la peste, dit le Dr *Thoinot* dans un récent article de la *Médecine moderne*, est le *micro-organisme* découvert par Yersin, en 1894, à Hong-Kong et décrit par lui dans un très remarquable mémoire des *Annales de l'Institut Pasteur*.

Le *bacille* de la peste, *court, trapu*, à bouts arrondis, se *colorant* facilement par les couleurs d'aniline, se décolorant par la méthode de Gram et prenant, à la coloration, la forme d'un bacille à espace clair central, *cultivable* sur tous les milieux usuels, se trouve en immense quantité dans les bubons et les ganglions des malades. Il est rare et peu abondant dans le sang.

La pulpe bacillifère des bubons de la peste, inoculée à des *souris*, des *cobayes*, des *rats*, les tue sûrement.

La *transmissibilité* de la peste est *certaine*, mais les *voies* et *moyens* par lesquels elle s'effectue ne nous sont encore qu'imparfaitement connus.

La peste semble bien une affection *transmissible* et l'un de ses premiers modes de transmission c'est le *contact direct du malade*. Comme toutes les affections *transmissibles par contact direct*, elle prélève un lourd tribut sur les *médecins* et les *infirmiers* assistant les malades.

La contagion *indirecte* par les effets souillés au contact du malade, est admise par la plupart des auteurs. Cette contagion a été l'objet de tentatives de vérifications expérimentales au Caire, en 1835, en présence de Gaëtani-Bey, Clot-Bey, Lachèze et Bulard. « Le 15 avril à « midi, Ibrahim Cessan et Ben Ali, condamnés « à mort, extraits de la citadelle du Caire, se « couchèrent dans des lits que venaient d'aban« donner des malades atteints de peste bien « caractérisée. Le 19 avril, Ibrahim avait la peste « avec bubons et charbons ; il mourut le 23. Ben « Ali avait également éprouvé vers la fin du « troisième jour les symptômes ordinaires de « l'invasion de la peste, mais la maladie avor« ta. »

L'air ne semble pas être un véhicule actif du germe de la peste ; tout au moins peut-on affirmer qu'il est incapable de lui faire franchir un rayon même peu étendu.

« L'existence fréquente de maisons indemnes, « au milieu d'un groupe d'habitations pestiférées « serait inexplicable pour ceux qui admettent « un transport par l'air de l'agent pestilentiel », dit avec raison Zuber, qui nous montre ailleurs que la maladie ne saute pas d'une maison à l'autre, quand il n'y a pas eu de contact préalable des habitants et qu'elle ne franchit pas *les cordons*.

L'isolement constitue, en effet, un remarquable moyen de défense contre la peste : la chose a été maintes fois prouvée, et ne s'accorde guère avec la doctrine du transport aérien du germe.

Le rôle du *sol* dans la transmission de la peste mérite d'être approfondi par les études ultérieures. Yersin l'a très nettement esquissé. « J'ai « pu isoler, dit-il, le bacille de la peste de la « terre recueillie à 4 à 5 centimètres de profon« deur dans le sol d'une maison infectée, et où « on avait fait des tentatives de désinfection. Il « était tout à fait semblable à celui retiré des « bubons, *mais il n'était pas virulent*. »

Le rôle des *animaux*, dans la transmission des germes pestilentiels, est certain et s'affirme par les faits suivants.

Dans les foyers de peste de l'Hindoustan, il est de notion vulgaire, qu'à la veille de l'apparition de la peste dans une maison, on trouve les *rats morts*. Même mort des *serpents* près des villages et morts des chacals, qui mangent ces serpents.

Yersin a montré que les mouches peuvent aussi servir de véhicule au microbe de la peste.

Les voies d'envahissement de l'organisme par le germe pestilentiel nous sont encore inconnues.

Les expériences d'*inoculation sous-cutanée* effectuées en 1835 à l'hôpital de l'Esbekié, au Caire, avec du sang de pestiféré et de la sérosité d'un charbon pestilentiel, presque toutes négatives, ne prouvent rien. Ce n'est pas d'ailleurs vraisemblablement par la voie sous-cutanée que le germe pestilentiel pénètre en notre organisme dans les conditions naturelles.

En résumé : La peste est fonction d'un microorganisme nettement caractérisé. Elle se transmet par contagion *directe* et par l'intermédiaire d'effets et de hardes souillés (contagion indirecte); l'*air* paraît ne jouer qu'un rôle effacé dans la véhiculation du germe. Il nous semble en outre que les quelques recherches biologiques effectuées sur le sol des lieux où sévit une épidémie de peste, que les connaissances anciennes et les acquisitions récentes sur l'atteinte de quelques races animales par le germe pestilentiel, permettent de concevoir de la façon suivante, *au moins pour quelques cas*, l'origine et la filiation d'un épisode aigu *en terre d'endémo-épidémie pestilentielle* :

Conservation du bacille dans le sol après une épidémie, *sous forme atténuée* ; réveil de la virulence sous une influence qui, naturellement, nous échappe ; contamination des animaux (rats, etc.), qui cherchent leur vie dans le sol, et renforcement du germe par ce passage dans l'organisme animal ; transmission enfin des animaux à l'homme et passage d'homme à homme par filiation *directe* ou *indirecte* (hardes, etc).

Dans l'étiologie de la peste entrent en ligne un certain nombre de *facteurs secondaires*, qui méritent une mention rapide.

La question de *race* ne joue aucun rôle, ne

crée aucune immunité : blancs, jaunes, noirs sont égaux devant elle.

L'immunité contre la peste ne paraît pouvoir être conférée que par une *première atteinte* et encore cette immunité « est-elle moins absolue qu'on ne l'admet généralement ». (Proust.)

Il est certain que la *misère*, la *disette*, la *famine*, en affaiblissant l'organisme ; la *malpropreté*, le *défaut d'hygiène*, en laissant les germes vivre et se développer sans obstacle ; l'*encombrement*, en multipliant les surfaces de contact, sont autant d'éléments propices au facile développement de la peste, quand elle a envahi une localité ; mais ces conditions ne *créent* pas la peste, comme on a pu le croire autrefois ; elles en favorisent seulement la libre expansion.

Les conditions *telluriques* n'ont aucune influence. Il n'est pas vrai que la peste affectionne les *terrains d'alluvion*, les *deltas* des fleuves, les *plaines humides* ; ne compte-t-elle pas aujourd'hui parmi ses foyers d'élection les régions montagneuses de l'Himalaya, du Kurdistan, de l'Assyr, du Yunnan ?

Les conditions *météoriques* ont au contraire une influence marquée.

On peut poser en loi qu'une certaine élévation de la température est nécessaire pour l'éclosion de la peste, mais qu'une chaleur élevée contrarie et éteint souvent le fléau.

La maladie n'a jamais été vue nulle part au-dessous de 20° de latitude nord.

Un nouveau ferment du sang : la lipase.

La *Revue des antiseptiques* du Dr de Backer donne une analyse fort complète d'une très intéressante communication de M. Hanriot à l'Académie des sciences, que nous reproduisons en partie :

Dans des notes antérieures, M. Hanriot a montré que les aliments amylacés se transforment, presqu'intégralement, en graisses, dans l'organisme, avec dégagement de CO^2 sans destruction d'oxygène correspondant ; la graisse est donc la seule réserve un peu importante hydrocarbonée. Depuis, il s'est demandé comment ces réserves graisseuses pouvaient être remises en circulation et être utilisées par l'organisme.

Les graisses ne sont, pour ainsi dire, pas attaquées par le carbonate de sodium à la température du corps ; il n'était donc pas possible que la faible alcalinité du plasma sanguin suffît à les saponifier ; l'auteur a donc cherché si le sang ne contiendrait pas un ferment capable de réaliser cette attaque.

Les graisses naturelles se prêtent mal à cette étude ; par leur insolubilité, par celle des acides gras qui résultent de leur dédoublement, elles ne sont guère mouillées par le sang, qui n'a sur elles qu'une action fort lente. Aussi M. Hanriot s'est adressé d'abord aux éthers à acides gras proprement dits, et, plus particulièrement, à un éther peu soluble dans l'eau, mais facilement émulsionnable, *la monobutyrine*, découverte par M. Berthelot, qui a signalé sa facile saponification par le suc pancréatique. A l'aide de ce réactif, on peut aisément suivre la marche de la saponification, lorsqu'elle a lieu, en titrant au carbonate de sodium, l'acide butyrique mis en liberté.

L'auteur a d'abord constaté que le sérum du sang saponifie aisément et très activement la monobutyrine, quand la solution est neutre ou légèrement alcaline ; mais cette saponification se ralentit considérablement, si l'on n'a pas soin de saturer au fur et à mesure l'acide mis en liberté. De plus, pour des temps égaux, et en employant des quantités égales de butyrine, l'acidité croît régulièrement avec la quantité de sérum employée, ce qui permet, jusqu'à un certain point, de comparer entre elles les activités des divers sérums, et, par suite, leur richesse en ferment. Dans les déterminations de ce genre, on ne doit tenir compte que des résultats obtenus dans les premières heures, car l'action se ralentit ensuite.

Pour bien établir qu'il s'agit dans ces expériences, d'une véritable fermentation diastasique, il a opéré aseptiquement, de façon à écarter l'influence des ferments figurés. D'ailleurs, l'acidité n'apparaît pas dans des tubes témoins contenant, l'un de la butyrine seule à la même dilution, l'autre du sérum seul. Enfin, dans une dernière expérience, il a porté du sérum à 90° pour détruire la diastase et il a constaté qu'il ne pouvait plus acidifier la solution de butyrine.

M. Hanriot a vérifié également que les huiles et les graisses naturelles sont saponifiées par le sérum, mais ici l'action est plus lente et ne peut être suivie aussi simplement ; on est forcé d'isoler l'acide gras formé : il a de plus constaté que l'air n'intervient pas dans le phénomène qui se passe également bien à l'abri de l'oxygène.

Ce ferment, désigné sous le nom de *lipase*, est très stable : il persiste dans le sérum pendant fort longtemps ; au bout de huit jours, il est aussi actif qu'au début de l'expérience.

La présence de la lipase partout où il y a une réserve graisseuse à utiliser, aussi bien dans les végétaux que dans les animaux, montre que les phénomènes de la dénutrition semblent, chez les animaux et les plantes, s'exercer, comme ceux de la digestion, par l'intermédiaire des ferments solubles.

La méthode sclérogène appliquée à la cure radicale des hernies.

Le professeur *Lannelongue*, dit la *Pratique de la Médecine infantile*, vient d'avoir l'idée depuis quelque mois d'appliquer à la cure radicale des hernies, sa méthode sclérogène, qui lui a donné, dans le traitement des tuberculoses externes, des résultats si remarquables, aujourd'hui contrôlés par de nombreux médecins. Voici les trois raisons qui, selon nous, militent pour vulgariser sans tarder cette méthode :

1° L'opération est sans danger pour le malade, qui, après huit ou dix jours de repos, peut être considéré comme guéri et est délivré du port du bandage.

2° L'opération est à la portée de tout praticien prudent.

3° L'opération est applicable à tous les cas et à tous les âges.

Le malade étant endormi — ce qui à la rigueur n'est pas indispensable — et la région où l'on doit opérer étant soumise à une rigoureuse antisepsie, les poils rasés, s'il y a lieu, on s'assure que la hernie est réduite et on charge un aide de maintenir le doigt appliqué sur l'orifice in-

guinal profond de manière à protéger la cavité péritonéale.

Après cela, l'opérateur reconnaît la région pubienne et le cordon qui s'engage dans l'orifice interne du canal inguinal, réunissant en un faisceaux tous les éléments qui le constituent. Quand on a bien noté la position du cordon, il est aisé d'opérer en dedans, et en dehors de lui sans risquer de l'atteindre.

La main gauche tenant le cordon, la droite armée d'une seringue de Pravaz chargée d'une solution de chlorure de zinc au dixième, toujours la même (l'injection qui est employée dans la méthode sclérogène), on enfonce l'aiguille perpendiculairement au pubis et on va *jusqu'à la surface de l'os*, puis on dévie la pointe de l'aiguille vers la surface profonde du cordon, et là, dans les tissus fibreux qui l'environnent, on injecte cinq gouttes de solution et on retire l'aiguille. On recommence trois ou quatre fois, de chaque côté du cordon, en faisant chaque piqûre en des points au besoin marqués d'avance au crayon dermographique. On cerne ainsi l'orifice par 8 ou 10 injections, soit en tout 30 à 40 gouttes de la solution sclérogène.

La *première* étant faite dans la paroi abdominale, sur le bord supérieur du pubis, vers l'épine pubienne, dans l'orifice interne du canal inguinal, entre les piliers, la *seconde* est faite un peu plus bas sur le pubis, à un centimètre environ de la première. et la *troisième* encore plus bas vers l'origine de la branche descendante du pubis. On fait trois autres piqûres *en dedans* du cordon, celui-ci étant repoussé en dehors par la main gauche. On enfonce encore l'aiguille directement sur l'os, en évitant d'atteindre le cordon et on dévie sa pointe en dehors, de manière à faire l'injection en arrière du cordon, dans les plans fibreux, qui sont immédiatement en avant du périoste.

On a évité l'introduction du liquide dans la cavité péritonéale, grâce à la présence du doigt d'un aide intelligent ; il n'y a plus qu'à y appliquer un tampon d'ouate aseptique humide.

Comme pansement, on applique, sur la région des piqûres, une compresse de gaze iodoformée, de l'ouate et un bandage aseptique.

Comme suites : huit jours de lit, suppression du bandage et l'enfant sera guéri radicalement de sa hernie.

Chez les filles, l'opération est la même, sauf qu'il n'y a pas à compter avec le cordon.

L'opération peut être faite à tous les âges ; il n'y a de contre-indication dans aucun cas. Entre les mains de médecins soigneux, ce nouveau mode de traitement n'offre aucun danger.

Erratum : A la 9e ligne, 2e colonne, de l'article : « Chronique de l'enseignement » de M. le Pr Bard, de Lyon, il faut lire, au lieu de : les insuffisants qui abondent..... « *les insuffisants qui l'abordent* ». L'erreur a échappé parce qu'elle avait un sens très acceptable.— N. D. L. R.

MÉDECINE PRATIQUE

Incontinence d'urine.

L'incontinence d'urine est un écoulement involontaire et inconscient de l'urine.

On doit distinguer : 1° *l'incontinence par regorgement* ; 2° *l'incontinence vraie ou par défaut d'action du sphincter* ; 3° *l'incontinence nocturne d'urine.*

I

INCONTINENCE PAR REGORGEMENT.

C'est l'incontinence par regorgement qui est la plus fréquente de toutes, chez l'adulte. Elle se produit chez des sujets qui vident mal leur vessie, par suite de rétrécissement uréthral ou d'hypertrophie prostatique, ou quand il y a distension exagérée et paralytique de la vessie sous toute autre influence.

Pour les rétrécissements, quand ils sont devenus trop serrés et que les efforts de la vessie pour chasser l'urine ont été énergiques et prolongés, le col forcé ne peut plus se contracter. Dès lors, l'urine coule goutte à goutte au travers de la lumière du rétrécissement et au fur et à mesure de son arrivée dans la vessie. Cette incontinence est diurne et nocturne ; au début, elle est seulement diurne et cesse par le décubitus ; à une période avancée, cette incontinence se produit même la nuit.

Pour l'hypertrophie prostatique, l'incontinence est tout d'abord nocturne et s'accompagne d'érections avec ou sans pollutions. Le volume exagéré et irrégulier de la prostate déforme le col vésical, en empêche l'occlusion hermétique et, par suite, laisse écouler un peu d'urine. La sclérose vésicale, les tumeurs et les calculs peuvent produire les mêmes effets. Il n'est pas rare qu'un calcul vésical s'engage en partie dans le col, en entrave la fonction physiologique, et irrite la vessie à tel point que cet organe reste continuellement contracté.

Il y a des cas où l'incontinence est intermittente : ce phénomène est dû à la présence d'une tumeur prostatique, qui forme soupape, tombe sur l'orifice uréthro-vésical, quand le malade est debout, et cause de la rétention. Quand le malade est couché, elle se rabat, au contraire, sur le trigone, et l'urine s'échappe inconsciemment.

Chez la femme, l'incontinence d'urine par regorgement se montre d'une manière passagère, à la suite de l'accouchement ; elle résulte de la compression prolongée du col par la tête fœtale.

Une dilatation exagérée du col et de l'urèthre pour l'extraction d'un corps étranger, peut laisser à sa suite une incontinence incurable. A fin d'éviter cet accident irrémédiable, il faut toujours endormir la malade pour lui dilater l'urèthre et ne pas dilater au delà de 2 centimètres de diamètre, en procédant avec lenteur.

Les kystes de l'ovaire provoquent parfois, à leur début, une incontinence d'urine prémonitoire.

Il se produit chez certains malades atteints d'une cystite ancienne, ou d'une paralysie vésicale consécutive à une affection médullaire (myélite, tuberculose, cancer, fracture vertébrale), une *fausse incontinence d'urine*, caractérisée par un besoin d'uriner pressant, impérieux, et une émission d'urine, presqu'instantanée après le besoin.

« La sensation du besoin d'uriner perçue par ces malades, dit M. *Bouilly* (1), les distingue

(1) Bouilly. Traité de Pathologie externe.

des *vrais* incontinents, chez lesquels l'écoulement de l'urine est non seulement involontaire, mais inconscient. »

Il ne faut pas confondre l'incontinence vraie d'urine par défaut d'action du sphincter, avec l'incontinence due à l'existence d'une fistule uréthrale ou vésicale. Les fistules vésico-rectales, vésico-vaginales provoquent une perte constante involontaire et inconsciente des urines, mais il ne s'agit pas, là, d'une incontinence proprement dite. L'examen direct et attentif de la région suffit toujours pour éviter cette confusion.

Chez les enfants, l'incontinence par regorgement peut exister comme chez l'adulte ; elle est due aux mêmes causes : tumeurs et calculs vésicaux, sarcome du trigone engagé dans le col, balano-posthite et irritation du prépuce par phimosis, par malpropreté, par masturbation. Chez les garçons, le prépuce enflammé occasionne, au moment de l'émission de l'urine, des brûlures telles que l'enfant se retient le plus possible et finit par uriner par regorgement, lorsque la vessie distendue ne peut plus se dilater pour conserver l'urine nouvellement formée. Chez les filles, les manœuvres de masturbation avec tel ou tel objet plus ou moins volumineux, irritent l'urèthre et produisent les mêmes effets.

Enfin, il faut citer chez les enfants, comme cause d'incontinence d'urine nocturne par regorgement, la présence des oxyures vermiculaires dans le rectum. Ces parasites sortent de l'anus et vont chatouiller les organes génito-urinaires, sous l'influence de la chaleur du lit ; ils provoquent ainsi l'émission involontaire d'urine.

Traitement. — Le traitement de ces différents genres d'incontinence d'urine sera purement pathogénique. Il est clair qu'aucun sédatif, ni tonique vésical ne pourra venir à bout de cette affection. C'est la rétention d'urine qu'il faudra traiter, c'est-à-dire que prostatiques et rétrécis, calculeux et néoplasiques seront cathétérisés régulièrement, et soignés attentivement pour leur cystite ou leur hypertrophie prostatique. Les calculeux seront débarrassés de leur pierre, les prostatiques, châtrés ou électrolysés, les rétrécis uréthrotomisés ou électrolysés. On donnera d'importants conseils sur la nécessité de mictions régulières et pas trop espacées. On fera disparaître, s'il est possible, les tumeurs de la vessie, les kystes ovariques, causes premières de l'incontinence. Enfin, on supprimera le phimosis, les oxyures vermiculaires, les causes d'inflammation préputiale, par les moyens appropriés.

II

INCONTINENCE PAR INSUFFISANCE OU DÉFAUT D'ACTION DU SPHINCTER.

L'incontinence par insuffisance sphinctérienne se manifeste par un écoulement continu d'urine et une vacuité complète de la vessie.

En première ligne, nous citerons, comme causes de cette incontinence, les tumeurs et calculs engagés dans le col vésical, puis, les plaies par incisions ou dilatations exagérées du col vésical ; enfin, les destructions du sphincter par des ulcérations cancéreuses ou tuberculeuses. Les deux premières catégories ont été signalées déjà dans les incontinences d'urine par regorgement ; les troisièmes méritent qu'on s'y arrête un peu. Il arrive parfois que la tuberculose vésicale débute insidieusement et se manifeste tout à coup par une incontinence d'urine causée par la lente destruction du sphincter. L'endoscope uréthral a permis à Désormeaux de constater, chez des incontinents, la présence d'ulcérations granuleuses et herpétiques dans la région prostatique. Enfin, le col vésical peut présenter des fissures analogues à celle de l'anus ; outre de vives douleurs, ces fissures amènent de l'incontinence. Le cancer vésical, le cancer utéro-vésical ou vagino-vésical peut progressivement amener la destruction du sphincter et amener consécutivement une insuffisance d'occlusion avec incontinence urinaire.

A côté de ces causes d'insuffisance mécaniques du col vésical par obstruction ou par destruction du sphincter, se placent les causes réflexes paralytiques du sphincter. Les femmes, en particulier, ont fréquemment de la fausse incontinence d'urine, c'est-à-dire une émission consciente, mais involontaire d'urine, à la suite des spasmes du rire prolongé, ou à la suite d'un coït particulièrement voluptueux. Ces accidents arrivent surtout aux hystériques : d'ailleurs, les attaques d'hystérie, les crises épileptiques s'accompagnent fréquemment d'incontinence urinaire par réflexe paralytique du sphincter. Le *tabes dorsalis* débute parfois par des phénomènes intermittents et alternants d'incontinence d'urine et de rétention. Les myélites, les compressions médullaires par tuberculose ou cancer vertébral, la méningo-myélite ou pachyméningite syphilitique, le spina bifida, les fractures ou luxations vertébrales, amènent une paralysie vésicale qui, à la longue, devient totale, et envahissant le sphincter, amène de l'incontinence permanente de l'urine.

Le traitement de l'incontinence par insuffisance sphinctérienne s'adressera à la cause même de cette insuffisance, si cela est possible : extraction des calculs, extirpation des tumeurs, cautérisation des fissures et ulcérations granuleuses et herpétiques au moyen de l'endoscope ou des instillations, traitement de la myélite ou de l'affection nerveuse causale par les bromures, les iodures, la noix vomique, l'électrisation lombaire et vésicale, les douches et l'hydrothérapie, les antispasmodiques et les anaphrodisiaques (bromures, belladone, camphre, rhus radicans, antipyrine). En ce qui concerne les incontinences par ulcérations tuberculeuses ou cancéreuses, aucun espoir de guérison n'étant permis, après avoir pratiqué la taille hypogastrique et le pansement direct de la vessie à l'iodoforme, on conseillera au malade l'usage d'appareils en caoutchouc spécialement confectionnés par les fabricants d'instruments, sous le nom d'urinaux, pour incontinence, et qui s'appliquent le long des cuisses et des jambes dans le pantalon ou le caleçon du malade.

Diagnostic de l'incontinence d'urine chez l'adulte.

Nous terminerons l'étude de l'incontinence d'urine chez l'adulte par un rapide aperçu de diagnostic étiologique : En présence d'une personne atteinte d'incontinence d'urine, que faut-il faire ? Tout d'abord, explorer la vessie, pour voir, s'il ne s'agit pas d'une incontinence par regorgement, provenant d'une rétention d'urine. Si le malade vous apprend que son inconti-

nence est nocturne, touchez le rectum et explorez la prostate ; elle est hypertrophiée.

Si l'incontinence est diurne, interrogez le malade sur ses blennorrhagies, sur ses mictions, le calibre de son jet d'urine, prenez, au besoin, la sonde et explorez le canal pour y rechercher le ou les rétrécissements. Interrogez le malade sur son état général, sur la possibilité d'hématuries antérieures, sur ses antécédents héréditaires et personnels au point de vue de la tuberculose (s'il est jeune), du cancer (s'il est âgé). L'endoscope de Désormeaux fera découvrir des ulcérations ou des fissures du col vésical ; enfin, en l'absence de toutes ces causes, recherchez l'état du système nerveux (sensibilité, réflexes patellaires, plantaires, oculo-iriens, crises convulsives, antécédents de l'enfance). Chez la femme, n'oubliez pas d'explorer le vagin au point de vue de la fistule vésico-vaginale, l'urèthre, au point de vue d'une tumeur polypeuse ; explorez au cathéter, à l'endoscope et au besoin, assisté d'un confrère, donnez du chloroforme, dilatez lentement d'1 à 2 centimètres au plus et explorez la vessie ; un calcul ou une tumeur s'y trouve peut-être qui amène l'incontinence ; Rappelez-vous que l'hystérie peut suffire à provoquer cette pénible infirmité, quand vous n'aurez rien trouvé aux organes génito-urinaires, ni à la moelle.

III

INCONTINENCE NOCTURNE ESSENTIELLE DE L'ENFANCE.

Beaucoup d'enfants de 5 à 12 ans environ, sont présentés au médecin comme atteints d'incontinence d'urine, mais ne sont, en réalité, que des sujets paresseux, mal élevés, et dont les parents n'ont pu guérir la malpropreté par leur manque de fermeté. Le médecin peut, en usant de paroles sévères, de menaces, de légers châtiments même, obtenir en quelques jours la guérison radicale de l'incontinence en question : une privation de sortie, d'aliments agréables, de jeux favoris, suffit quelquefois à produire la suggestion morale voulue. Parfois, on a recours à une douche, à une correction infamante, comme une fessée devant des camarades ; quelques pointes de feu sur le prépuce sont suivies parfois d'un merveilleux résultat (Desprès). — Mais tous les enfants ne sont pas réellement coupables de malpropreté et de paresse : à côté des mauvais sujets, il y a les malades, ceux que l'on pourrait martyriser de corrections, sans en rien obtenir. Le médecin ne devra donc pas trop insister sur les moyens de coercition, s'ils n'ont jamais donné que des échecs ; comme on dit vulgairement, « si un enfant pisse au lit, même après dix ans, ce n'est pas toujours sa faute». Il existe, en effet, une affection connue sous le nom d'incontinence nocturne d'urine des enfants, dont les causes exactes sont encore peu connues et qui atteint certains sujets dès le jeune âge et peut se prolonger toute la vie.

D'après *MM. Rochet* et *Jourdanet*, de Lyon (1), l'incontinence d'urine essentielle de l'enfance dépend certainement d'une cause première unique, *l'hystérie*, ou la simple *névropathie*, mais elle est aussi sous la dépendance de causes secondes très variées, suivant les cas cliniques auxquels on a affaire.

Il y a d'abord toute une série de cas d'incontinence nocturne, qui correspondent à des pollakiuries. Ces pollakiuries sont elles-mêmes d'origines très diverses ; ou plutôt, dans l'ignorance où l'on est souvent de leurs véritables causes, elles sont susceptibles d'interprétations très diverses.

« Chez certains sujets, les fibres musculaires vésicales sont trop sensibles à la distension, et quand celle-ci dépasse certaines limites, elles réagissent énergiquement pour expulser le contenu de la vessie ; cette excitabilité existe le jour aussi bien que la nuit ; mais, pendant le jour, le sujet sent venir cette contraction, peut s'arranger pour lutter contre elle par son sphincter uréthral antagoniste, ou tout au moins peut prendre ses précautions pour ne pas uriner dans ses vêtements. Pendant la nuit, au contraire, l'engourdissement du sommeil rend plus obtuse la sensation du besoin d'uriner, et la volonté du malade ne venant pas lutter contre la contraction du *detrusor urinæ,* la miction s'opère dans les draps.

« La pollakiurie, amenant l'incontinence nocturne, peut reconnaître une autre cause que l'excitabilité excessive de la vessie elle-même. Elle pourrait parfois être rattachée à une *exagération anormale de la sensibilité de l'urèthre profond,* de cette région qui commande le besoin d'uriner quand quelques gouttes d'urine viennent à s'y engager.

« *L'anesthésie de cette région,* signalée par certains auteurs comme cause de l'incontinence infantile, empêchant le passage de l'urine d'être senti dans l'urèthre, et ne permettant pas, par conséquent, au sujet de s'y opposer, est une erreur pathogénique, du moins pour l'incontinence dite essentielle ; elle existe dans l'incontinence symptomatique de lésions médullaires vraies, mais dans l'incontinence névrose, ainsi que l'a déjà bien fait remarquer Guinon, les petits malades ressentent parfaitement le besoin d'uriner, trop bien même, puisque le jour ils ont parfois une pollakiurie très marquée. Ce qui serait vraisemblable donc, dans quelques cas, ce serait au contraire une certaine hyperesthésie de l'urèthre postérieur, plus ou moins analogue à celle qu'on observe chez les adultes névropathes et pollakiuriques, chez lesquels la muqueuse uréthrale est extrêmement sensible, douloureuse même, au passage de la sonde, et que des cathétérismes réguliers avec de gros Béniqué arrivent à guérir de leur pollakiurie .»

Il y a, enfin, des pollakiuries *d'origine psychique* que les auteurs ont interprétées de différentes façons : il s'agit généralement de névropathes, de psychopathes urinaires qui ont toute leur attention fixée sur leurs organes urinaires et qui rêvent fréquemment qu'ils sont en train d'uriner quelque part.

A côté de ces incontinents pollakiuriques, il y a d'autres catégories de malades, qui n'ont, évidemment, rien à faire avec la pollakiurie.

« Il y a d'abord ceux dont a parlé longuement M. Guyon, et qui sont atteints (congénitalement ou par voie acquise) d'*atonie du sphincter uréthral.* Chez les enfants incontinents, il y a, dit-il, moins exagération de la force impulsive vésicale, que faiblesse du côté de la résistance

(1) *Journal de Clinique et de Thérapeutique infantiles*, 1896, et *Gaz. des Hôpitaux*, 1896.

sphinctérienne. Et, de fait, dans certains cas, l'exploration de l'urèthre avec la bougie à boule montre, chez le garçon surtout, qu'elle ne rencontre aucune difficulté pour passer dans la région membraneuse ; à son passage à ce niveau, elle n'éprouve pas la constriction ordinaire. Evidemment, cette pathogénie est séduisante par sa clarté, et surtout la netteté de l'indication thérapeuthique qu'elle fournit ; ces malades ne peuvent guérir qu'avec l'électrisation du sphincter uréthral, qui fortifie ce muscle et lui rend sa tonicité. Elle est vraie pour certains malades ; mais ce serait une grosse erreur de la généraliser ; car, précisément, ces malades chez lesquels on constate, avec la boule ou le simple cathéter l'atonie de la région sphinctérienne de l'urèthre, sont la minime exception. Guinon a déjà fortement attaqué cette interprétation exclusive : Nous n'avons jamais remarqué cette atonie, dit-il (1), et toujours chez les garçons l'olive était resserrée au niveau de la portion terminale de l'urèthre. Remarquons aussi que, si l'atonie du système sphinctérien était la cause vraie, les filles, dont l'appareil musculaire est moins développé, seraient beaucoup plus exposées à l'incontinence, ce qui n'est pas. Dans cette hypothèse, l'incontinence devrait se constituer dès le plus jeune âge, et devrait diminuer avec l'âge, chez les garçons, à mesure que la prostate approche de son complet développement, c'est-à-dire vers dix ou onze ans ; or, loin de s'améliorer, l'incontinence apparaît quelquefois vers cinq ou six ans, et augmente souvent les années suivantes. »

« Il y a enfin une dernière catégorie d'incontinents (et c'est par là que nous terminerons la revue de tous ces petits pisseurs au lit), qui sont peu connus, dont on ne parle plus aujourd'hui, mais que nous avons retrouvés dans Civiale, qui les avait décrits déjà avec son esprit clinique si judicieux. Ce ne sont pas des incontinents, ce sont des *rétentionnistes qui pissent par regorgement*, et la rétention plus ou moins complète est encore, dans ces cas, sous l'influence directe de la névropathie. Cette catégorie est indéniable et le diagnostic se fait par les constatations suivantes : 1° un urèthre membraneux très serré, contracturé, rebelle au passage du cathéter; 2° une vessie spacieuse, contenant parfois beaucoup d'urine, alors que le petit malade pisse continuellement. »

Trousseau a toujours insisté sur la relation étroite qui existe entre l'hérédité nerveuse et l'incontinence nocturne infantile, et M. Guinon a, récemment encore, mis nettement en lumière cette étiologie générale :

Il arrive même à considérer l'incontinence nocturne comme un *stigmate d'hérédité nerveuse.*

« C'est un stigmate bénin, car s'il peut coïncider avec la dégénérescence intellectuelle, profonde, résultant d'une lourde hérédité psychique, il est aussi la manifestation discrète d'une hérédité nerveuse légère, du nervosisme bénin. Il peut même s'isoler complètement comme la dernière trace de cette hérédité. »

Traitement. — Après tout ce que nous avons dit, on pourra prévoir que la thérapeutique à appliquer aux incontinences-névroses de l'enfance devrait être celle de la névropathie elle-même, c'est-à-dire exclusivement médicale et identique dans tous les cas, quel que soit le mécanisme qu'emprunte cette névropathie pour réaliser l'incontinence.

« Et, de fait, ce serait le seul traitement à appliquer, s'il parvenait à supprimer totalement la cause première de l'affection. Malheureusement la thérapeutique antinerveuse échoue dans de nombreux cas. Force est donc de chercher pour chacune des catégories que nous venons de passer en revue, une méthode de traitement appropriée :

« Si on a des raisons de supposer une excitabilité anormale de la vessie, une névrose musculaire du muscle vésical, qui le rend trop sensible même à une distension légère, le traitement classique de Trousseau aura chance d'agir efficacement.

« Trousseau commençait par donner une pilule de 1 centigramme d'extrait de belladone le soir, au moment où l'enfant se couchait; ceci pendant plusieurs jours consécutifs. Au bout de quelque temps, on augmentait d'une pilule, puis, toujours progressivement, et en laissant l'enfant avec la même dose pendant plusieurs jours de suite, on poussait jusqu'à 6, 7, 8 et même 15 centigrammes, même si la guérison était obtenue, pour la maintenir, surtout s'il n'y avait pas de symptômes de saturation ou d'intolérance du médicament.

« Se trouve-t-on en présence d'hyperesthésie de la muqueuse cervicale, uréthro-vésicale, amenant secondairement des besoins d'uriner trop fréquents ? Ici encore les calmants généraux peuvent agir, mais déjà moins efficacement, car la plupart d'entre eux agissent comme des *antispasmodiques* et non comme des *anesthésiques.* C'est dans ces cas qu'on a pu avoir des succès plus ou moins durables avec des manœuvres locales, *instillations de cocaïne* au niveau de la région cervicale et dans l'urèthre profond, même le *cathétérisme simple*, sur la valeur thérapeutique duquel Civiale avait déjà insisté, sans chercher à analyser exactement la façon dont il agissait. On peut s'en faire une idée cependant : sous l'influence du passage régulier de bougies, un peu volumineuses surtout, et faisant une sorte de dilatation, la région hyperesthésiée finit par se calmer, la sensibilité anormale s'émousse petit à petit et la pollakiurie qui en était la conséquence directe s'amende. »

M. Bouchut donnait volontiers le *bromure de potassium* à la dose de 0.50 centigr. à un gram. chaque matin ou chaque soir.

M. Saint-Philippe préconise la teinture de *rhus radicans* à la dose de V à XX gouttes par jour suivant l'âge.

« Si l'on a affaire aux cas étudiés par M. *Guyon*, et dans lesquels l'exploration directe du canal dénote de la paresse ou de l'atonie sphinctérienne, Trousseau avait conseillé, pour eux, la noix vomique sous forme de *sirop de sulfate de strychnine* (5 centigrammes pour 100 grammes de sirop de sucre). Chez les enfants de cinq à dix ans, il commençait par deux cuillerées à café (5 milligrammes environ) par jour, une le matin, une le soir. En laissant, au bout de deux jours d'administration du médicament, deux jours de repos au malade, on augmentait d'une

(1) Guinon. *Névroses urinaires de l'enfance.* Th. de Paris, 1889.

cuillerée à café; puis toujours ainsi progressivement jusqu'à six cuillerées à café, puis encore six cuillerées à dessert, et enfin même six cuillerées à bouche par jour, en suivant toujours les mêmes règles.

« C'est à ces cas que M. Guyon a appliqué le traitement rationnel de l'*électrisation du sphincter*. Il introduit, chez les garçons, sa bougie revêtue d'un manche isolant et à olive métallique découverte, dans l'urèthre profond ; chez les filles, dans l'intérieur du col, en l'enfonçant dans la vessie d'abord, puis en la retirant jusqu'à ce que le talon vienne appuyer sur le col. La bougie est reliée au pôle négatif, l'autre électrode est placé sur la symphyse. Le courant est induit, à interruptions rares, et la séance varie autour de cinq minutes. Bien d'autres façons d'appliquer l'électricité ont été indiquées ; mais on s'est toujours servi des courants faradiques.

« Pour combattre l'*influence psychique*, l'influence du *rêve mictionnel*, on peut disposer de différents moyens. On peut, tout d'abord, s'attacher à rendre le sommeil plus léger pour permettre au petit pollakiurique de se lever pour satisfaire son besoin d'uriner ; on a conseillé un peu de *thé*, de *café*, au repas du soir, mais ce sont là peut-être des armes à double tranchant, chez certains enfants dont la névropathie revêt la forme d'éréthisme. Il y a longtemps qu'on a parlé aussi, et cette thérapeutique est populaire, *des réveils réguliers* et *plus ou moins fréquents* imposés au petit malade la nuit ; cette méthode peut donner à la longue des résultats, en habituant petit à petit, la vessie à des évacuations réglées pour telle ou telle heure de la nuit; le nombre de ces réveils forcés se proportionnera à l'intensité de la pollakiurie pendant le jour. »

Il y a des cas de psychopathie urinaire, où la suggestion patiente suffira pour guérir le petit malade. Enfin, à la longue, le développement génital substitue souvent ses préoccupations, ses désirs et ses rêves aux rêves de miction, et la maladie peut se trouver ainsi guérie.

Dans les cas d'incontinence par regorgement chez les rétentionnistes spasmodiques, on évacue complètement la vessie une fois par jour, puis environ deux fois par semaine ; on passe, après la sonde évacuatrice, deux ou trois bougies Béniqué pour faire une légère dilatation du sphincter uréthral (le numéro de la bougie dilatatrice étant proportionné au calibre de l'urèthre du sujet, suivant son âge). La durée de ce traitement est d'un mois en moyenne.

« Il nous resterait à examiner les cas où l'incontinence par regorgement serait due à une rétention non plus d'origine spasmodique, mais d'origine parétique ou paralytique, le muscle vésical étant devenu plus ou moins atone. Il importe d'ajouter que ces cas sont hypothétiques dans l'incontinence infantile. Si, cependant, on en rencontrait de ce genre, la méthode la plus rationnelle serait des séances *d'électrisation du corps de la vessie lui-même*, jointes à des *cathétérismes évacuateurs* réguliers, comme le faisait Civiale, pour corriger les effets de la distention.»

Dr Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les œuvres de prévoyance du Concours Médical.

« Nous sommes malheureusement à peu près « seuls, disait ici dernièrement M. le Dr Gassot « (voir n° 3, page 25), à faire cette propagande « pour nos œuvres de prévoyance, et nos con« frères de la presse médicale, auxquels nous « communiquons pourtant nos procès-verbaux, « ont, sans doute, trop d'autres soucis pour les « reproduire ; c'est à peine si, chaque année, nous « trouvons, par ci par là, quelques lignes qui « concernent ces œuvres. »

Ceux qui savent quelle tâche considérable s'est donnée notre collaborateur, dans la lutte pour la solidarité effective et la confraternité agissante, lui accorderont bien le droit de formuler, sans amertume, ce petit reproche, et seront heureux d'apprendre que son discret appel à la publicité de la presse médicale a été entendu.

La semaine dernière nous avons reproduit l'article bien documenté de la « *Revue médicale* ». Il était juste de tous points, et a dû laisser dans l'esprit du lecteur l'impression exacte de ce que nous faisons. Il n'appelait d'autre commentaire que le remercîment.

Aujourd'hui, nous publions celui de la *Gazette hebdomadaire* : il porte la signature de M. le Dr Lereboullet, qui joint à sa qualité de journaliste celle de Secrétaire-général de l'Association, et dont les appréciations acquièrent, à cause de ce double caractère, une autorité spéciale.

Les Caisses de secours pour les veuves et orphelins du corps médical.

« Ainsi qu'une circulaire du conseil général de l'Association des médecins de France l'a fait connaître à toutes les sociétés locales, M. le Ministre de l'Intérieur a bien voulu approuver, tels que je les avais rédigés et tels qu'ils ont été adoptés par notre dernière assemblée, les statuts de la *Caisse des veuves et orphelins des membres de l'Association*. Dès aujourd'hui la Caisse nouvelle peut donc recevoir des dons et des legs. Bientôt elle fonctionnera utilement.

« Ainsi se trouve réalisée une fondation qui, mieux encore que la Caisse des pensions viagères, me paraît répondre aux besoins les plus réels du corps médical et dont j'ai toujours vivement souhaité et poursuivi la réalisation, malgré les préventions que j'ai eues à combattre et les résistances que j'ai rencontrées, même au sein du Conseil général.

« Cette Caisse des veuves et orphelins est et ne peut être qu'une caisse de secours. Elle reste, comme toutes les œuvres que nos statuts nous permettent de fonder, subordonnée aux libéralités de nos collègues et de tous ceux qui voudront bien comprendre son utilité. Elle ne donnera au début que des pensions d'un chiffre relativement faible. Elle ne subventionnera que les déshérités de la fortune. Mais elle vivra, car elle est *approuvée*, c'est-à-dire assurée de recevoir des subventions et des legs, comme la Caisse des pensions viagères.

« J'insiste sur le caractère que nous nous efforçons de donner aux œuvres dont nous poursuivons la réalisation, sur les garanties de sécurité

et de durée qu'elles présentent, car on ne semble ni toujours ni partout bien comprendre nos intentions et nos manières d'agir.

« D'autres fondations du même genre existent en effet et diffèrent des nôtres par leurs statuts et leur fonctionnement. Dans le dernier numéro du *Concours médical*, M. le Dr Cézilly adresse un chaleureux appel aux femmes de France en faveur de la Caisse de pensions de droit qu'il désire créer. Cet appel sera écouté, je le souhaite de tout cœur.

« Les médecins qui savent comprendre l'utilité de la prévoyance, c'est-à-dire de l'assurance contre tous les risques auxquels ils se trouvent exposés, approuveront en effet la création d'une fondation nouvelle qui, moyennant le versement d'une prime, dont le taux varie suivant l'âge, assure aux veuves et orphelins des médecins une pension de 600 francs.

« Ceux d'entre eux qui se trouveront en état de verser les primes exigées par des calculs mathématiquement irréfutables, voudront dès aujourd'hui assurer à leur famille, qu'une mort prématurée pourrait laisser dans la détresse, la petite rente qui lui permettra de ne pas mourir de faim.

« Pourquoi sont-ils si peu nombreux d'ordinaire ? Pourquoi les œuvres de prévoyance que l'on a multipliées dans ces dernières années, progressent-elles si lentement ?

« Nous croyons que l'insécurité apparente de ces œuvres est pour beaucoup dans l'indifférence avec laquelle on les accueille, et nous souhaitons vivement que leurs fondateurs se préoccupent de rassurer, à cet égard, ceux dont ils sollicitent le concours.

« Il paraît évident, en effet, que malgré toutes les précautions avec lesquelles on a rédigé les statuts de ces œuvres, malgré les garanties données aux souscripteurs, il existe toujours, au point de vue de vue financier, certains risques que l'on pourrait assez aisément faire disparaître.

« Et c'est à ce point de vue que les Compagnies d'assurances approuvées et surveillées par l'Etat, que l'Association générale, dont les garanties sont absolument certaines, diffèrent des caisses de fondation récente.

« Ceux qui les gèrent en ce moment sont, nous en avons l'assurance, dignes de toute confiance. Mais ils sont mortels. Et après eux pourront venir des administrateurs ou des comptables dont la probité ou la compétence, en matière financière, seront moins impeccables.

« Il importe donc que, dans les statuts de ces sociétés d'assurances, des articles plus explicites et plus formels précisent comment seront placés les fonds appartenant aux sociétaires, quelles seront les réserves accumulées, etc., etc. Il conviendrait surtout de rédiger des statuts susceptibles d'être approuvés par le ministère de l'Intérieur, de façon à offrir, avec la surveillance de l'Etat, toute garantie à ceux qui, avant de verser des primes annuelles, seront *absolument certains* que, dans aucun cas, les veuves et orphelins, pour qui ils ont consenti ces sacrifices, n'en seront pas frustrés, plus tard, à la suite d'un cataclysme financier dû à une imprévoyance ou à une malversation.

« Je ne doute pas qu'il ne soit possible de donner à cet égard des garanties sérieuses. Alors seulement aucune objection ne pourra plus être faite à des œuvres dignes du plus sérieux intérêt.

« Mais, je l'ai dit souvent et je le répète, celles-ci ne s'adresseront jamais ni aux médecins fortunés, à ceux qui peuvent, grâce aux compagnies d'assurances prospères et sûres, garantir à leur famille un héritage considérable, ni à ceux qui, durant toute leur vie, luttent pour l'existence et ne parviendront jamais à payer les primes nécessitées pour assurer leur contrat. Les œuvres que crée l'Association générale sont destinées à ces derniers. Pour vivre, elles doivent être largement subventionnées par les médecins riches. Ce qui s'est passé jusqu'à ce jour nous garantit l'avenir.

« Les œuvres de prévoyance, au contraire, sont accessibles à ceux-là surtout qui peuvent, de leur travail quotidien, retirer une rémunération suffisante, mais qui ne peuvent pas sans une certaine appréhension songer à l'avenir. A ces confrères, qui sont dignes de tant d'estime, et que nous devons encourager de tout notre appui, nous conseillons vivement de croire à l'avenir des caisses nouvelles fondées récemment et de chercher, dans la prévoyance, la sécurité de leur famille. »

L. LEREBOULLET.

(*Gazette hebdomadaire.*)

Il est évident que M. Lereboullet se montre, en somme, dans cet article, favorable au principe de nos œuvres de prévoyance. Il dit bien quelle peut être leur utilité, comme œuvres de *droit*, à côté des œuvres de *bienfaisance* de l'Association générale. Son langage est le même que celui qu'il a tenu dans les Assemblées de la Société dont il est le Secrétaire général, et nous le remercions très sincèrement de rendre ainsi justice aux efforts du « Concours médical ».

Seulement, quand il cherche à expliquer pourquoi les œuvres de prévoyance, *multipliées dans ces dernières années*, n'ont pas progressé plus rapidement, il en donne des raisons qui ne sont pas, à notre avis, absolument topiques, et il fait, touchant l'avenir de ces créations, des réserves que le « Concours » refuse de trouver applicables aux siennes.

C'est ainsi, par exemple, que, quand notre distingué confrère parle d'*insécurité apparente*, il ne peut avoir songé à nous, puisque lui-même, dans un article que nous avons reproduit le 6 janvier 1894 (Voir n° 1, 1894, page 9), établit que les précautions les plus sérieuses ont été prises pour assurer la vitalité de l'*Association amicale pour l'indemnité maladie*, et qu'il n'a qu'à louer M. Cézilly de l'avoir assise sur des données aussi solides. Notre *Caisse des Veuves*, procédant du *même* désir de sécurité, et des *mêmes* garanties mathématiques de durée et de bon fonctionnement, ne peut, pour la *même* raison, qu'échapper au reproche (ou au soupçon) formulé par les abstentionnistes, dont M. Lereboullet veut traduire le sentiment. Quant à la *Caisse des Pensions de retraite*, notre aînée, c'est une grande fille, qui se défendrait bien toute seule, avec son expérience de treize ans, ses 650.000 francs de valeurs acquises, et les services déjà rendus. Demandez plutôt à M. le Dr Lande, s'il la sent attaquée.

Sur ce point, nous sommes bien tentés de

croire que M. Lereboullet a plutôt visé les créations nées de l'initiative de certaines Sociétés locales et limitées à leur rayon, créations qu'on a bel et bien baptisées du nom d'œuvres de *droit* et sur la solidité desquelles un esprit aussi avisé que le sien ne saurait se méprendre.

Aux œuvres de prévoyance, il a toujours voulu, pour base, des chiffres d'actuaire : nous seuls avons procédé suivant sa méthode, et il doit être sans inquiétude à notre sujet.

Mais, notre confrère, persévérant dans son rôle d'écho des hésitants, se demande ce que deviendront les œuvres de prévoyance récemment créées, quand les administrateurs actuels auront passé la main à d'autres.

Nous répondons, sans plus d'embarras, qu'elles continueront de vivre et de prospérer, tout comme l'Association générale des médecins de France, changeant, s'il le faut, de Président, de Trésorier, de Secrétaire, de Contrôleurs, etc...., protégées en somme par leurs statuts *révisables* et *perfectibles*. Il n'est pas d'hommes absolument providentiels et indispensables ; ceux-ci laissent, quand ils le veulent, des continuateurs, et le « Concours médical » contient une pépinière de ce genre, où l'on n'aura que l'embarras du choix. La République elle-même sait aujourd'hui changer ses chefs, sans qu'il en résulte le moindre cataclysme.

Les mêmes timides veulent aussi, paraît-il, des statuts explicites et formels, précisant le placement des fonds, l'accumulation des réserves, etc. Nous nous en sommes doutés dès le premier jour, et nous tenons depuis longtemps ces statuts, à leur disposition, dans des petites brochures, que nous leur envoyons, mais qu'ils ne lisent pas toujours assez attentivement.

Quant à la question d'approbation par le ministère de l'Intérieur, *qui seule donnerait l'absolue certitude de ne pas perdre son argent*, elle ne va pas sans des inconvénients majeurs. Nous l'avons demandée d'ailleurs et obtenue pour la *Caisse des Pensions* ; mais, quand nous avons proposé d'agir de même en ce qui concerne l'*Association amicale*, l'assemblée s'est montrée plutôt tiède sur ce point. C'est qu'en effet il nous eût fallu adopter, comme constitution, l'une des trois formes suivantes : Syndicat, Société d'assurances, ou Société de Secours mutuels. La première n'avait pas le sens commun, dans la circonstance ; la seconde nous créait des charges inutiles ; la troisième nous liait les mains comme elle tient liées celles de l'Association générale (M. Lereboullet en sait quelque chose). C'est pourquoi, sur le conseil d'hommes éminents et symphathiques à notre œuvre, MM. Trarieux et Viger, ministres à l'époque, nous avons été unanimes à vouloir, du moins, au début, conserver notre indépendance, *qui a bien son prix*, suivant leur expression.

M. le Dr Lereboullet dit encore qu'il ne doute pas de la possibilité d'ajouter aux créations de prévoyance, des garanties sérieuses, qui les mettront à l'abri de toute objection. Ceci ne nous paraît pas non plus s'adresser aux œuvres du « Concours » : 1° parce que nous cherchons en vain ce que pourraient être ces garanties ; 2° parce que l'éminent critique nous connaît assez pour ne pas les signaler en toute liberté d'esprit.

Faut-il maintenant déclarer que nous ne partageons pas cette opinion de notre confrère, *que les œuvres de prévoyance médicale ne s'adresseront jamais aux médecins fortunés* ? D'accord avec M. le président Lannelongue, nous nous plaisons plutôt à croire qu'ils y viendront, plus encore que par le passé, pour ces deux raisons : le désir de pratiquer la solidarité, et l'incertitude de l'avenir. C'est, en tout cas, ce qu'ils devraient.

Ces réflexions faites, au sujet de l'article de M. Lereboullet, nous nous retrouvons pleinement d'accord avec lui pour dire que le développement des œuvres de prévoyance est trop lent, dans le corps médical français.

Et nous attribuons ce fait aux causes suivantes :

Propagande insuffisante, s'adressant à des esprits trop inféodés à la routine et à la négligence ;

Attitude, parfois défiante, des œuvres de prévoyance à l'égard les unes des autres ;

Tendances trop particularistes des groupements médicaux, qui, sur ce terrain, devraient marcher la main dans la main ; quitte à se séparer ensuite, pour reprendre chacun la tâche spéciale qu'ils se sont imposée.

Confiance exagérée des praticiens dans le rôle de protection de l'Association générale, que beaucoup de confrères ont l'illusion de croire plus grand que ne l'indique le Secrétaire général lui-même.

Enfin, le caractère imprévoyant de la jeunesse qui ne veut pas songer à temps aux mauvais jours.

Il dépend de nous, comme le disait M. le Dr Gassot, et de nos confrères de la presse médicale, de changer peu à peu tout cela, et nous y parviendrons.

C'est pourquoi nous remercions encore une fois M. le Secrétaire général de l'Association de nous avoir fourni prétexte à revenir sur cet éternel sujet de nos préoccupations.

Dr H. JEANNE.

Les réquisitions judiciaires obligatoires.

La lettre ci-dessous, adressée aux médecins de Meurthe-et-Moselle, soulève une question de jurisprudence trop intéressante, pour que nous n'hésitions pas à la publier.

Briey (Meurthe-et-Moselle), le 4 février 1897.

Mon cher Confrère,

Notre collègue le Docteur Freschard, de Longwy, membre de l'Association des médecins de Meurthe-et-Moselle, vient d'être condamné, hier 3 février, par le tribunal correctionnel de Briey à 25 francs d'amende avec application de la loi Bérenger, pour avoir refusé de se rendre à une réquisition écrite de la Justice.

Requis d'abord verbalement, il a répondu que ses occupations professionnelles ne lui permettaient pas de consacrer plusieurs heures au service de la Justice.

Les gendarmes revinrent munis cette fois d'un réquisitoire en règle, en vertu duquel notre confrère avait à se rendre *immédiatement* à quatre kilomètres, pour constater comment était mort un individu qu'on venait de retirer de l'eau.

Le docteur Freschard adresse alors, à Monsieur le Juge de Paix de Longwy, une lettre

très polie dans laquelle il faisait ressortir que, depuis quinze ans, il ne s'était livré à aucune expertise médico-légale sérieuse, que du reste dans ce laps de temps, il avait toujours décliné les fonctions de médecin-légiste qui lui avaient été offertes officiellement et qu'en conséquence il se voyait dans la nécessité de se déclarer *incompétent*, ne se croyant pas capable de remplir dignement la mission qu'on voulait lui confier.

A cette lettre la justice répondit par un procès-verbal, signifié par la gendarmerie.

Devant le tribunal, ces divers motifs ont été longuement exposés par l'avocat. L'emploi du temps de notre confrère a été établi, heure par heure dans cette journée du 8 janvier 1897. La réquisition était faite à neuf heures du matin. A midi, une consultation fixée à l'avance avait lieu à Longwy, avec MM. les docteurs Spilmann, Professeur à la Faculté de médecine et Ganzinolti, tous deux de Nancy. Une attestation dans ce sens a été fournie au dossier par Monsieur Spillmann. A trois heures, notre ami fit d'urgence une thoracentèse à un malade éloigné, pour qui l'empyème fut pratiqué le lendemain matin.

Le second motif invoqué, c'est-à-dire l'*incompétence* fut présenté comme étant l'expression exacte de la vérité et devant être considéré comme valable, après la triste aventure arrivée à deux professeurs de Rouen, lors du récent procès en revision de la femme Druaux.

Tout cela fut inutile. Le ministère public laissa entrevoir que ces diverses attestations pouvaient bien avoir été imaginées, après coup, pour les besoins de la cause et le tribunal, sans attacher aucune importance aux motifs invoqués et sans même les discuter, s'est borné à appliquer simplement la loi qui dit : « Tout docteur en médecine, exerçant ou non, doit se rendre *immédiatement* aux réquisitions de la justice sous peine de tomber sous le coup de ladite loi qui, en vertu de tel article, condamne, etc.... ». Il est resté complètement muet sur la question d'excuses, pouvant être considérées comme valables ou non.

C'est là, précisément, le point qui nous intéresse tous et chacun de nous peut demain se trouver dans le même cas.

Aussi, avons-nous pensé, mon cher confrère, que, comme nous, vous seriez satisfait de voir la jurisprudence se prononcer d'une façon catégorique sur la question des impossibilités matérielles, pouvant s'opposer à ce que nous nous rendions à une réquisition analogue.

Notre intention est de solliciter l'appui de l'Association des médecins de Meurthe-et-Moselle, pour porter l'affaire devant la Cour d'appel. Le président Tourdes, déjà pressenti à cet égard, semble devoir nous être favorable.

Toutefois, il serait bon que tous les médecins de l'arrondissement faisant partie de l'Association, vinssent, chacun de son côté, insister auprès de Monsieur le professeur Tourdes, président, pour qu'il voulût bien user de son influence auprès du bureau de notre Association, de façon à ce que cette dernière prît en main la cause de notre confrère, qui est la nôtre à tous.

Comme nous n'avons que dix jours pour interjeter appel, je vous prierai, mon cher confrère, de m'envoyer dans le plus bref délai, poste pour poste, si possible, une lettre adressée par vous à Monsieur Tourdes, président, dans laquelle vous pourriez le prier de vouloir bien engager l'Association à soutenir notre confrère, de son appui moral et de ses ressources financières, devant les tribunaux compétents, et cela dans l'intérêt de toute la corporation médicale.

Lorsque j'aurai réuni toutes ces lettres, je les enverrai toutes ensemble à Monsieur Tourdes, président de notre Association.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, avec tous nos remerciements, l'expression de nos meilleurs sentiments confraternels.

Docteur Fourrier,
à Briey (Meurthe-et-Moselle).

Avons-nous le droit de nous récuser, en invoquant une occupation professionnelle, devant la réquisition qui exige, sans raison sérieuse, le déplacement inmmédiat ?

Ne pouvons-nous plus arguer de notre incompétence pour décliner une mission judiciaire?

Telles sont les deux questions que tous les médecins seront heureux de voir tranchées, grâce à l'initiative de notre confrère de Briey.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical des Basses-Cévennes.

28 *octobre* 1896.

Présents : MM. Mazel, *Président* ; Bourguet, *Secrétaire* ; Balestrié, Boutis, Jacob, Maquet, Nine, Rocheblave.

Assistance médicale gratuite.

Le président fait part, à ses confrères, du résultat de son intervention près du conseiller général d'Auduze qu'il avait prié d'adresser une question au préfet du Gard au sujet de l'inexécution de la loi sur l'assistance médicale gratuite.

D'après la réponse de M. Ed. Gaussorgues, voici, assez exactement résumée, la déclaration de M. le secrétaire général remplaçant M. le préfet indisposé :

Le département du Gard n'est point en retard sur les autres départements en ce qui concerne l'organisation de l'assistance médicale.

Cette organisation se poursuit et l'administration fera son possible pour l'assurer le plus rapidement qu'elle le pourra. S'il y a encore, malheureusement, des communes, en assez grand nombre, où rien n'ait été fait, cela tient aux difficultés que l'on a rencontrées, pour organiser cet important service. L'administration fera tous ses efforts pour les aplanir.

Comme conclusion de la discussion qui a suivi cette communication, il est décidé qu'il y a lieu de demander, à nouveau, l'application de la loi et d'écrire aux présidents du syndicat de Nîmes et de la Société médicale d'Alais, pour les inviter à agir dans le même sens, auprès de l'administration, ainsi qu'auprès des conseillers généraux et des maires des diverses communes.

Allocution du Président.

Le président jette ensuite un coup d'œil rétrospectif sur les divers actes du Syndicat depuis l'année 1885.

Il rappelle, que le syndicat avait eu une grande ambition : réunir en une fédération unique toutes les sociétés médicales du département. Mais, hélas ! ce grand Syndicat n'a pas vécu ; on

n'a pu qu'élaborer des statuts, qui sont restés lettre morte.

Il espère que ces projets seront repris, un jour, et pourront être menés à bonne fin.

M. Mazel termine son allocution en disant :

Si notre groupement n'a pas ramené l'âge d'or parmi nous, il serait injuste de dire qu'il a été stérile. Tout n'est pas réductible en espèces sonnantes ; à côté des intérêts matériels, il y a d'autres avantages qui méritent d'être appréciés :

Rapprocher des confrères disséminés, leur apprendre à se connaître, à s'estimer et à se soutenir, n'est pas quantité négligeable et nous n'avons pas hésité, au surplus, à défendre nos droits à l'existence, si souvent méconnus, tout à la fois, par les collectivités ou par les clients à titre individuel.

Nous avons accompli quelques actes de solidarité qui nous honorent certainement et c'est sur cette affirmation que je veux finir, non sans souhaiter préalablement à notre cher Syndicat longue vie et à mon successeur la réalisation de tout le bien que j'aurais voulu accomplir.

Bureau.

Après cette allocution, qui a été chaudement applaudie, il est procédé au renouvellement du bureau.

Le dépouillement des votes donne les résultats suivants :

Président : M. Mazel.
Vice-président : M. Rocheblave.
Secrétaire-trésorier : M. Bourguet.

Les statuts et tarifs du syndicat ayant besoin d'être réimprimés, le secrétaire en demande la revision qui est opérée immédiatement.

Le secrétaire : Dr Bourguet.

REPORTAGE MÉDICAL

Le service médical de nuit à Paris. — Le conflit que nous fûmes des premiers à signaler, en indiquant ses dangereuses conséquences, vient de s'aplanir par le rétablissement du tarif à la visite, celle-ci devant être payée dix francs par les bureaux de bienfaisance, qui feront recouvrer, par le percepteur, sur les personnes solvables. En bonne justice c'était bien la seule solution acceptable.

— *La loterie pour l'Œuvre des Tuberculeux.* — La Chambre vient d'autoriser le gouvernement à laisser organiser une loterie par séries de 100.000 francs jusqu'à concurrence d'un million, en faveur des tuberculeux à hospitaliser à Ormesson.

— *La loi sur la protection de la santé publique.* — Le Sénat a discuté en 1re lecture cette loi dont le rapport lui est présenté par M. le professeur Cornil. L'adoption de certains amendements en a compromis le sort. Nous attendrons la 2e lecture pour en parler.

— *Les mesures contre la peste.* — Tous le gouvernements européens se sont appliqués, depuis une quinzaine de jours, à dresser des barrières pour empêcher le fléau d'arriver jusqu'à nous : Organisation d'une conférence internationale, envoi de missions médicales, surveillance à l'entrée des ports, visites et désinfections, interdiction des pèlerinages d'Algérie et de Tunisie à la Mecque, toutes les ressources, en un mot, de la prophylaxie internationale ont été mises en œuvre.

Reste à savoir si les sujets de la Grande-Bretagne, qui sillonnent les mers, consentiront à incliner les préoccupations commerciales devant l'intérêt de la santé publique en Europe.

C'est si peu dans leurs habitudes !

— *La loi sanitaire de* 1822. — Le ministre de l'intérieur a déposé sur le bureau de la Chambre un projet de loi tendant à modifier la loi du 3 mars 1822 sur la police sanitaire. Cette loi contient des sanctions pénales tellement rigoureuses qu'elle est devenue inapplicable dans certaines de ses parties.

Ainsi elle punit de la peine de mort l'auteur d'une fausse déclaration ayant exposé la santé publique en entraînant l'invasion d'une épidémie. La même loi punit des travaux forcés à temps la fausse déclaration qui, sans entraîner directement l'invasion de l'épidémie, aura empêché de prendre les précautions nécessaires.

Le projet de loi de M. Barthou propose d'ajouter à ces articles une disposition punissant la fausse déclaration pure et simple, d'un emprisonnement d'un an à cinq ans et d'une amende de 1.000 à 3.000 fr. En outre, une disposition rend l'article 463 du Code pénal sur l'admission des circonstances atténuantes applicable à tous les cas prévus par la loi de 1822.

L'administration sera ainsi armée d'une manière efficace pour faire respecter les règlements sanitaires.

— *Le médecin d'hospice n'est pas fonctionnaire ayant mandat public.* — Le *Journal de Montdidier* était condamné dernièrement, par le tribunal correctionnel de Péronne, à 100 francs de dommages-intérêts pour diffamation envers le Dr André, médecin des hospices d'Amiens, accusé d'avoir fait, sans nécessité, l'amputation d'une jambe.

Devant la cour, l'avocat du journal soutint que le médecin attaché à un hospice est un fonctionnaire, et plaidait l'incompétence du tribunal pour réclamer la Cour d'assises, conformément à la loi de 1881 sur la presse.

La Cour a décidé que le médecin de l'hospice a uniquement charge de donner ses soins aux malades et que son emploi ne présente pas le caractère du mandat public prévu par la loi sur la presse. Elle a, par conséquent, confirmé la sentence des premiers juges.

— *Concours pour deux places de chirurgien.* — Ce concours sera ouvert le lundi 15 mars 1896, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria, 3.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 1er février, et sera clos définitivement le vendredi 26 du même mois, à trois heures.

Vient de paraître : **La Nature et la Vie.** — Charles MENDEL, éditeur, 118 bis, rue d'Assas. — Prix 3,50.

L'auteur, M. Gabriel Viaud, qui a mené en faveur du végétarisme une campagne vigoureuse dont toute la Presse a parlé, y développe en fort bon style les idées dont il s'est fait le fervent adepte, ainsi que la théorie si originale des *végétaux médicamenteux* dont il est le créateur.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4163.— M. le docteur de Montgolfier, d'Annonay (Ardèche), membre du Syndicat de la Vallée du Rhône, et présenté par le docteur Paugon, de Saint-Vallier (Drôme).

N° 4164.— M. le docteur Ranglaret, de Moulins (Allier), membre de l'Association des anciens internes de Paris.

N° 4165.— M. le docteur Bordo, de Thuir (Pyrénées-Orientales), membre de l'Association des médecins des Pyrénées-Orientales.

N° 4166.— M. le docteur Devoir, de Villeneuve-sur-Yonne (Yonne), membre du Syndicat de Sens.

Le Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 9 27 Février 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les prétentions des sages-femmes

Un groupe de sages-femmes vient de partir en guerre contre..... la loi de ventôse an XI.

La pétition suivante, que publie le *Parfait nourricier*, constitue l'exposé de leurs revendications.

Pétition des accoucheuses.

Messieurs les Sénateurs,
Messieurs les Députés,

Nous avons l'honneur d'exposer à votre haute autorité, la situation, qui nous est faite par la rigoureuse interprétation d'une loi, qui, depuis longtemps, devrait être abrogée.

La loi de l'an XI interdit aux sages-femmes l'emploi du forceps. Cette interdiction n'est nullement justifiée. Nous pouvons très bien faire cette opération dans l'excavation et au détroit inférieur. L'emploi du forceps n'est pas aussi difficile que *beaucoup d'autres opérations qui nous sont permises* : *Version*, *tamponnement*, *Dilatation du col utérin*, *Délivrance artificielle*, etc. Chacune de ces opérations réclame un diagnostic difficile et comporte des conséquences aussi redoutables que l'application du forceps.

Il y a eu, dans la rédaction de cette loi, une méconnaissance totale des conditions pratiques de notre profession. Une application de forceps est urgente dans maintes circonstances : Hémorrhagie grave, Eclampsie, Chute du cordon ombilical, Soudaine faiblesse de l'enfant révélée par l'auscultation. Dans tous ces cas, il faut agir promptement, car il y va de la vie de la mère et de son enfant.

Dans des conditions si graves, combien d'entre nous n'ont nullement tenu compte de la loi ! Telles ont agi dans l'intérêt de ceux qui avaient placé leur confiance en elles, et c'est ce qui explique l'étonnante durée de cette loi. Cependant, si nous la violons, nous courons le risque de poursuites légales qui sont injustes, inhumaines, et qui portent à notre considération et à nos intérêts un grave préjudice.

Les études professionnelles des élèves sages-femmes ne durent que deux ans ; la brièveté de ce séjour dans les écoles d'accouchements rend trop facile l'entrée dans notre corporation. Aussi, le nombre des sages-femmes augmente-t-il dans des proportions effrayantes. La concurrence empêche beaucoup d'entre nous de gagner leur vie. Celles-là, découragées, deviennent garde-malades, herboristes, bandagistes. Ce sont des métiers où des déboires sont également réservés, si bien que certaines finissent par mal tourner dans cette lutte vitale trop dure pour la femme.

Vous apporterez un remède à ces maux, Messieurs, en portant à trois années la durée des études ; notre corporation y gagnerait en bien-être, en prestige, en compétence et en considération, et quand il s'agit de la santé et de la vie, on n'est jamais trop instruit.

Dans beaucoup de petits pays, il y a ce que l'on appelle des matrones, lesquelles portent un grand préjudice aux sages-femmes. Elles sont plus rusées que la justice. On ne peut les prendre et les poursuivre, ou, si elles sont prises et condamnées une fois, elles s'arrangent de manière à recommencer le lendemain, et à se mettre à l'abri d'une récidive. Nous ne voyons pas d'autre moyen, pour les empêcher, que la loi exige à tout déclarant d'une naissance, d'être muni d'un certificat de sage-femme ou d'un médecin ayant assisté à la délivrance de la mère, sous peine d'une amende de 50 francs.

Vous trouverez, d'ailleurs, des exemples et des renseignements plus amples, dans un dossier, qui sera déposé dans les bureaux de votre assemblée, en même temps que la présente pétition.

Dans l'espoir que notre pétition trouvera près de vous un accueil favorable, nous avons l'honneur de vous présenter, Messieurs les Sénateurs

et Messieurs les Députés, avec l'expression de notre reconnaissance, l'hommage de notre plus profond respect.

Les Accoucheuses soussignées.

Les quatre derniers paragraphes de cette supplique n'ont rien qui nous déplaise. Augmenter la durée des études pour le diplôme de sage-femme, en élever le niveau, c'est fort bien et nous n'y contredisons pas.

Protéger aussi les diplômées contre les matrones, ce serait encore mieux. Donc, en ceci, Mesdames, votre cause a droit à toutes nos sympathies.

Mais, à l'encontre de beaucoup, ce que vous savez le mieux, dans cette circonstance, ce n'est pas le commencement du morceau ; votre langue (pardon, votre plume) s'est égarée dans une rédaction vraiment singulière de vos droits et de leurs limites, à l'heure actuelle.

Comme la question soulevée par le passage que nous soulignons, touche gravement à l'intérêt légitime du médecin et surtout à la santé publique, nous sommes dans l'obligation de vous rappeler, du rêve, à la réalité.

Vous lancez vos foudres contre cette pauvre loi de ventôse, *qui vous interdisait l'emploi des instruments, dans les accouchements laborieux, sans avoir appelé un docteur, un médecin ou un chirurgien anciennement reçu.*

Mais, elle vous était tendre la loi de ventôse !

A l'abri de sa formule, tout vous était permis, sauf le forceps : c'est du moins une thèse soutenable.

Au contraire, la loi Chevandier, qu'ont votée la plupart des hommes politiques, auxquels vous vous adressez, et que vous avez sans doute négligé de lire, à l'*Officiel* du 1er décembre 1892, dit ceci :

Article IV. *Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans les accouchements laborieux, elles feront appeler un docteur ou un officier de santé.*

Voyez l'effet d'un point au milieu d'une phrase ! Plus de *droit*, du tout, d'intervenir gravement ; en revanche, un seul *devoir*, celui d'appeler le médecin.

C'est pour n'avoir pas fait cette remarque, que vous avez écrit quelques lignes étonnantes, au risque d'induire en erreur nos représentants, et de les inviter à tuer une morte, car la loi de ventôse, an XI, est passée de vie à trépas, de par l'article 36 et dernier de la loi Chevandier.

Mais n'allez pas croire que ce petit détail de ponctuation, dont les conséquences sont si grosses, soit un *lapsus calami*.

Non, non, c'est l'expression très laconique d'une volonté bien éclairée.

Ils savaient bien, nos élus, et ils savent toujours, que c'était une nécessité inéluctable, cette limitation de vos droits.

Les hécatombes de femmes en couches faites par les plus anciennes d'entre vous, dans nos campagnes, au mépris de l'asepsie, de l'antisepsie, et même de la propreté élémentaire ; la suffisance d'un trop grand nombre, basée sur une ignorance redoutable ; la préoccupation d'écarter la concurrence du médecin accoucheur ; tout cela était venu depuis longtemps aux oreilles des députés, et c'est pourquoi, ils y ont opposé un veto discret, mais absolu, sur lequel vous ne les ferez pas revenir.

Mieux vaut d'ailleurs pour vous, ne pas insister dans la poursuite de ce résultat chimérique, car, les médecins, qui ont pris l'habitude de se défendre, même pour leur intérêt particulier, opposeraient, dit-on, à votre campagne, une bonne petite *ligue pour l'asepsie et l'antisepsie obstétricale*, dont j'ai vu l'article 1er ainsi conçu :

Tout adhérent prend l'engagement de ne plus couvrir la faute lourde d'une accoucheuse, si elle a déterminé l'infection d'une parturiente, ou un accident grave pour la mère ou l'enfant.

Cela m'a rendu rêveur, Mesdames, et m'a donné l'envie de vous avertir.

H. Jeanne.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'eau oxygénée en otologie et en rhinologie.

L'eau oxygénée H^2O^2, bioxyde ou peroxyde d'hydrogène, est un antiseptique et un antihémorrhagique très puissant : cette substance *peut être employée impunément, même chez l'enfant ; celui-ci peut en avaler et on peut en faire pénétrer dans la circulation sans danger*. Car, d'un côté, si Paul Bert déclare que la pénétration est impossible, d'autre part Laborde enseigne qu'elle peut se faire sans péril, surtout aux doses de la pratique rhinologique. Viendrait-il à en pénétrer dans l'œsophage, cela serait sans inconvénient sérieux, la décomposition se produisant instantanément, en présence des aliments.

Pour avoir une solution aussi pure et aussi fixe que possible, il faudra arrêter son choix sur une eau oxygénée très légèrement acide et renfermant de 10 à 12 volumes d'oxygène. — Cette solution devra être maintenue et conservée dans des flacons d'une contenance de 250 grammes au plus ; la coloration du verre est inutile, la lumière ne décomposant pas l'eau oxygénée.

D'après le Dr G. *Gellé*, l'emploi de l'eau oxygénée est indiqué *pour l'oreille*, chaque fois que l'on voudra rapidement nettoyer une oreille pour pouvoir faire un examen extemporané, au cours d'une otorrhée, par exemple. Un simple bain d'oreilles avec de l'eau oxygénée, que l'on pourra, sans inconvénient, faire tiédir, suffira le plus souvent. On pourra en user aussi pour l'ablation de polypes multiples, afin de nettoyer le champ opératoire, arrêter l'hémorrhagie. Mais c'est surtout *dans la pratique rhinologique* qu'elle trouvera son emploi, soit pour arrêter une hémorrhagie spontanée, soit au cours d'une intervention chirurgicale. On l'a également employée avec succès à la suite de l'ablation de végétations adénoïdes ou de morcellement des amygdales, bien que, dans ces cas, l'application en soit légèrement entravée par l'abondante mousse qui se produit.

Au cours d'une opération dans les fosses nasales, on peut, au moyen de tampons imprégnés d'eau oxygénée, introduits de temps en temps, tarir l'écoulement sanguin et assurer une antisepsie parfaite de la région.

Pour l'oreille, à côté de l'action hémostatique ici de bien moindre importance, il y a lieu d'attirer l'attention sur l'action antiseptique et vasoconstrictive de l'eau oxygénée.

En résumé, on le voit, l'eau oxygénée est un excellent hémostatique, doublé d'un antiseptique puissant, d'une innocuité parfaite, qui laisse loin derrière lui l'action de l'*antipyrine* à 1/10e parfois si douloureuse, et de la *cocaïne* à 1/5e dont on connaît les dangers, surtout chez les enfants. Nous ne parlons pas, et avec intention, du *perchlorure de fer*, dont on ne compte plus les méfaits en rhinologie et en otologie. L'eau oxygénée doit être conseillée non seulement aux spécialistes rhinologistes, mais encore aux médecins, qui posséderont, avec elle, un agent extrêmement maniable, suffisamment stable et, somme toute, fort peu coûteux.

Un danger de la médication iodurée.

M. le Dr *Huchard* a récemment rappelé à l'attention des praticiens un danger heureusement rare, mais très réel cependant, de la médication iodurée dans les maladies cardio-artérielles et dans les affections des organes respiratoires. Ce danger, c'est l'œdème aigu du poumon.

« On connaît la physionomie clinique de cette complication redoutable : Début subit et presque foudroyant dans la forme suraiguë, rapide dans la forme aiguë ; toux quinteuse, incessante et qui ne laisse aucun repos ; dyspnée extrême avec cyanose progressive ou asphyxie blanche ; pluie de râles crépitants fins, serrés, très nombreux, apparaissant soudainement pour remplir parfois toute la poitrine en un temps très court ; expectoration abondante, filante, aérée et mousseuse, de coloration rosée ou saumonée. La mort peut survenir rapidement, et d'autres fois tout l'orage se calme après une demi-heure ou une heure.

« Mais, il existe une autre forme, *latente* celle-là, caractérisée seulement par des troubles fonctionnels, parmi lesquels une dyspnée excessive, et par l'absence de tout signe physique. Il s'agit alors d'un *œdème massif*, d'un véritable bloc œdémateux du poumon qui empêche la pénétration de l'air dans les dernières ramifications bronchiques, et à l'autopsie, la pression du parenchyme pulmonaire donne lieu à un véritable ruissellement d'un liquide séreux, d'une abondance telle qu'il peut atteindre près de deux litres, comme on en a vu dernièrement un cas.

« Que faire ?

« Une large *saignée* générale constitue la médication d'urgence. On y adjoindra ensuite les injections de *caféine*, d'*éther* et d'*huile camphrée* à 1/10 pour soutenir et fortifier le cœur, pour relever l'état général ; l'emploi de la *théobromine* pour activer la diurèse, et même de l'*atropine* qui, d'après Grossmann, peut avoir pour résultat de combattre directement cette sorte d'apoplexie séreuse du poumon.

« Mais, que ne faut-il pas faire ?

« Les *vésicatoires* sont absolument contre-indiqués, d'abord parce qu'ils n'agissent pas assez vite dans un état morbide où le danger est soudain et de tous les instants ; ensuite parce qu'ils ont le grave inconvénient de porter parfois leur action sur les reins, dont le libre fonctionnement est la première indication thérapeutique à remplir. C'est pour cette raison que l'*antipyrine* doit être absolument interdite.

« Mais, comme cette complication survient dans le cours des affections cardio-artérielles et broncho-pulmonaires contre lesquelles la *médication iodurée* est ordinairement prescrite, il y a lieu de la suspendre immédiatement, puisqu'elle peut par elle-même provoquer des œdèmes de tout l'appareil respiratoire (œdèmes laryngé, bronchique, pulmonaire).

« Toutes les fois que le poumon s'encombre d'œdème par le fait de l'asthénie musculaire cardiaque, que le pouls révèle cette asthénie par sa petitesse, son inégalité, la fréquence de ses intermittences fausses, il faut s'abstenir de toute médication iodurée et même des bromures. L'iode et le brome s'éliminent par la voie bronchique, *y superposant l'œdème congestif iodique ou bromique à l'œdème alvéolaire.* »

« Rien n'est plus vrai, et lorsque l'on constate chez les cardio-artériels, pendant un certain temps, les signes d'un œdème, même *passif*, on doit suspendre la médication iodurée et la remplacer par les toniques du cœur et les diurétiques : digitale, caféine, théobromine. A plus forte raison, cette contre-indication s'impose dans les cas où l'œdème pulmonaire prend une allure rapide ou aiguë.

« Il y a encore d'autres contre-indications à la médication iodurée, puisqu'elle peut, à la longue, par sa prolongation, déterminer des phénomènes d'asthénie cardio-vasculaire que M. Huchard a appelés : *asystolie iodique*.

Le lait humanisé.

Etant donné que le lait de vache renferme, généralement, de trop grandes quantités de matières protéiques et de sels, il faut en opérer la diminution pour l'approprier à l'alimentation des nouveau-nés. *M. Dufour*, de Fécamp, affirme que c'est cet excès même qui lui a toujours paru jouer un rôle important dans l'entérite, par surmenage du tube digestif.

Par contre, le sucre est moins riche dans le lait de vache, il faut en augmenter la quantité. Les matières grasses sont en quantités sensiblement égales dans les deux laits. M. Dufour prend un vase en verre d'une capacité d'environ deux litres. A sa partie inférieure est un trou fermé par un bouchon de caoutchouc, et, sur le vase, on met un capuchon de même substance. On verse, dans ce récipient, la quantité de lait appropriée à l'âge de l'enfant, pour un jour et qu'on a établie comme il suit :

3e jour..........	480	grammes.
4e jour et 1er mois	600	—
2e et 3e mois	720	—
4e mois..........	800	—
5e mois..........	900	—
6e, 7e, 8e mois....	1.020	—
9e, 10e mois.......	1.140	—
11e, 12e mois......	1.200	—

Le lait est aussi frais que possible et pris aussi près qu'on le peut de l'heure de la traite. Si on est à même de le faire, il est préférable, après avoir soigneusement lavé le pis de la vache, de recueillir la fin de la traite directement dans le vase. (Journal de Lucas-Championnière.)

« Une fois fermé, le bocal est placé au repos, dans un endroit frais, au printemps et à l'automne, tiède en hiver. En été, on plonge ce vase dans un seau d'eau froide, sous un robinet d'eau courante, quand cela se peut, ou dont on

renouvelle plusieurs fois l'eau, si on n'a pas cette facilité.

« On laisse les choses ainsi pendant quatre heures.

« Au bout de ce temps, on prend, sans l'agiter, le flacon de la main gauche. On constate alors que deux couches se sont formées dans le liquide au repos : une supérieure plus jaune, la crème ; une inférieure, le lait bleu.

« Sur le vase, que M. Dufour a fait construire sont tracés des traits parallèles horizontaux, ils servent de points de repère.

« Après avoir enlevé le bouchon, on soutire un tiers du lait bleu dans un récipient quelconque et l'on rebouche.

« En agissant ainsi, on a diminué les matières protéiques et salées d'un tiers : c'est ce que l'on voulait. Mais en même temps, le sucre, déjà en état d'infériorité, a été également diminué. Il nous faut donc mettre les choses au point.

« Nous prenons pour cela autant d'eau fraîche qu'on a soustrait de lait bleu et nous y faisons fondre 35 grammes de lactose par litre. Cette quantité représente : 20 grammes équivalant à la différence entre les 50 grammes du lait de vache et les 70 du lait de femme, plus le tiers soustrait, soit 15 gr. en chiffres ronds.

« A ce lactose nous joignons 1 gramme de chlorure de sodium par litre ; c'est un élément indispensable à notre organisme et que ne renferme pas le lait de vache.

« Nous agitons ensuite le tout pour refaire le mélange et il ne reste plus qu'à répartir la masse liquide dans les flacons stérilisateurs.

« Pour être complet, nous devons ajouter que certains enfants se trouvent bien de l'addition de une à deux cuillerées à café de crème fraîche à leur ration quotidienne (toujours avant la stérilisation). On est averti de cette nécessité, quand la courbe des pesées ne se maintient pas suffisamment élevée.

« Cette manipulation très simple, quand il s'agit d'un ou deux enfants, devenait d'une application presque impossible dans les crèches où on opère sur une grande masse de liquide devant être préparée dans un laps de temps relativement court.

« Le modus faciendi a donc été modifié.

« Le lait est coupé en bloc d'un tiers d'eau et nous ajoutons par litre de liquide de 15 à 20 grammes de crème fraîche. Avec cela, 35 gr. de lactose et un gramme de chlorure de sodium.

« L'aliment est le même pour tous les enfants, seules les rations diffèrent suivant les âges. »

MÉDECINE PRATIQUE

La médication cardiaque.

Nous avons esquissé le mois dernier, dans un article du *Concours*, la méthode d'exploration clinique qu'il convient d'employer pour arriver à découvrir une cardiopathie latente ; nous examinerons aujourd'hui avec quelque détail les méthodes thérapeutiques actuellement à notre disposition pour lutter contre les affections du cœur et leurs terribles conséquences.

La médication cardiaque se divise en deux catégories bien tranchées : 1° *les révulsifs et dérivatifs* (tels que les vésicatoires, pointes de feu saignée, ventouses sèches et scarifiées, sangsues, cautères, mouches de Milan, purgatifs drastiques) ; 2° *les médicaments toniques et diurétiques* (digitale, caféine, spartéine, strophantus, convallaria maïalis, éther, camphre, théobromine, etc.)

Il est malheureusement impossible de formuler une méthode de traitement unique, applicable à chacune des périodes d'évolution des affections du cœur : ce serait chimérique que de l'essayer. Il faut passer en revue successivement chaque moyen et tâcher d'en établir les indications ; ce sera ensuite à chaque praticien à les appliquer avec le tact et le flair indispensables.

I
LES RÉVULSIFS.

Au début d'une endocardite ou d'une myocardite, que peut faire le médecin, pour détourner efficacement la localisation sur le cœur d'une infection rhumatismale, puerpérale, pneumococcique, variolique, diphthérique ou autre ? Théoriquement, et si l'on en croit certains sceptiques de la médecine, il n'y a rien à faire, ou du moins, il n'y a qu'à savoir se croiser les bras et *observer*, sans que le malade puisse s'en douter. « Le médecin, qui tente quelque chose, dupe son malade, disent-ils, ou se dupe lui-même. » Est-il bien vrai que nous ne puissions rien empêcher ? Tel n'est pas notre avis, et bien plus, nous croyons même qu'il n'y a pas de temps à perdre.

Après avoir essayé de neutraliser l'action des germes infectieux qui sont répandus dans l'organisme, par une antitoxine, si elle est connue, par un sérum antitoxique, s'il existe, on aura recours à deux moyens puissants, fort recommandés aujourd'hui, le *lavage du sang* après saignée préalable, ou même sans saignée, et l'administration d'*antiseptiques intestinaux*, comme les purgatifs légers, le benzonaphtol, les salicylates de magnésie, bismuth et naphtol, le salol et la quinine.

Nous avons eu l'occasion d'exposer la technique du lavage du sang, au moyen du sérum artificiel stérilisé, injecté dans une veine (1). Les antiseptiques internes se prescrivent en cachets de 0,50 centigrammes à 1 et même 2 grammes en 24 heures, répétés pendant quelques jours (6, 8 et 10 jours environ).

Cela fait, on devra chercher à exercer une énergique *révulsion* sur la région précordiale. Le moyen le plus énergique est *la vessie de glace*, maintenue en permanence, 4, 5, 6, 8 jours, au besoin, sur la région du cœur.

On peut employer, encore, les ventouses scarifiées, les pointes de feu au nombre de 150 ou 200, sur la région sterno-costale gauche, les petits vésicatoires répétés fréquemment, sous forme de mouches de Milan.

Pourra-t-on *toujours* de la sorte prévenir un envahissement de l'endocarde ou du myocarde par les germes infectieux ? Nous n'avons pas cette prétention ; car, malheureusement, tout dépendra de l'époque de l'intervention : il y aura donc toujours un côté aléatoire dans cette question ardue de la médication prophylactique, qui dépendra tantôt du tact et de l'expérience

(1) *Concours médical*, 1896, pages n°s 487-499.

du médecin, tantôt, il faut bien l'avouer, un peu du hasard.

La médication révulsive est indiquée, non seulement au début de toute affection du cœur, mais encore et plus souvent peut-être, dans la période des complications, des hydropisies et de l'asystolie.

A ce moment, la patience et la sagacité du médecin seront mises à une rude épreuve, car il lui faudra, chaque jour, surveiller chaque organe, l'interroger, le sonder pour y poursuivre, au fur et à mesure de leur apparition, les désastreuses conséquences du mauvais fonctionnement du cœur. De l'opportunité de l'application de tel ou tel moyen révulsif, dépend souvent le prolongement plus ou moins long de la vie du malade. Mais, la diversité infinie des cas empêche de poser la moindre règle : c'est généralement une affaire de tâtonnement et les décisions que prend le médecin ne reposent le plus souvent que sur de minimes symptômes.

La douleur, habituellement les points de côté, la dyspnée, l'expectoration, les urines sont les signes capitaux qui doivent déterminer la conduite du médecin : faut-il agir vigoureusement et promptement ? on emploiera une poignée de sangsues et la sinapisation des membres inférieurs. S'agit-il d'hydropisies, de congestions passives traînantes ? on aura recours aux larges vésicatoires. Mais, l'urine contient-elle de l'albumine ? il faut se servir de ventouses sèches (trente, quarante, soixante, à la fois) et scarifiées (4, 6, 8 au besoin) ; les pointes de feu n'ont de puissance qu'à condition d'être nombreuses (150 200, 300, en une seule séance). Dans les cas urgents et extrêmes, la saignée est le moyen héroïque qu'il ne faut jamais oublier et qui peut encore sauver bien des malades presqu'agonisants.

Il y a quelques années, on avait encore, pour la négliger, l'excuse de dire qu'elle affaiblissait tous les malades ; aujourd'hui on ne peut plus se retrancher derrière cette explication mal déguisée de sa timidité. La saignée doit être suivie de la transfusion du sérum artificiel stérilisé.

Le dernier révulsif que nous avons signalé comme applicable aux affections du cœur, à leur période dyssystolique et asystolique, est un des plus puissants et des plus précieux : c'est celui que l'on doit *toujours* employer avant d'instituer la médication tonique et diurétique au moment des crises de surmenage cardiaque, c'est « le robinet de purge », la « soupape de sûreté » (qu'on nous pardonne ces expressions tirées de la mécanique), qu'on doit se réserver avant de charger la machine à haute pression avec les médicaments cardiaques. Ce révulsif par excellence ; c'est le purgatif drastique tel que l'eau-de-vie allemande ou teinture de jalap composée, à la dose de 20 à 30 grammes, pure ou associée au sirop de nerprun, ou au sirop de fleurs de pêcher, etc.

II

LES MÉDICAMENTS CARDIAQUES.

Le médicament cardiaque le plus efficace et le plus merveilleux est la *digitale* (digitalis purpurea) dont nous avons donné en détail la posologie, dans un article du *Concours médical* de 1896, page 159. Pour administrer la digitale, il faut y préparer le malade par un purgatif préalable, le régime lacté et une tisane diurétique. Dans les cas d'asystolie, on commence par un purgatif drastique, ou bien une petite saignée, ou bien encore l'évacuation d'un épanchement hydropique quelconque ; le régime lacté absolu est institué. La digitale s'élimine lentement ; elle ne donne pas d'accoutumance. La meilleure préparation de digitale à donner, quand il faut agir vite, est la macération ou l'infusion de poudre de feuilles. La dose commune est de 20 à 30 centigrammes : dans les cas graves, on peut donner une première dose de 50 à 60 centigrammes, sans craindre aucun effet toxique ; on baissera ensuite de 10 centigrammes par jour, jusqu'à 20 centigrammes. L'infusion a l'avantage, sur la macération, de se préparer extemporanément, mais elle est un peu moins active. L'infusion et la macération doivent être filtrées soigneusement, unies à un sirop diurétique comme le sirop des cinq racines. La dose sera prise en trois ou six fois, à intervalles réguliers. Généralement, on ne la donne que de trois à cinq jours, c'est une exagération sans fondements ; on peut la continuer pendant dix ou quinze jours, sans effet toxique, et parfois, l'effet désiré n'est obtenu que tardivement vers le 8e ou le 10e jour.

« La digitale agit mal chez les cardio-hépatiques, et doit être employée avec prudence chez les cardio-rénaux.

« La teinture alcoolique de digitale est de teneur variable, et ne saurait suffire dans l'asystolie. Le sirop de digitale est comme la teinture, plutôt un sédatif du cœur.

« Le vin diurétique de Trousseau est une préparation remarquable : il représente, par cuillerées à soupe, 20 centigrammes de poudre de digitale (1). »

Depuis quelques années, on se sert de la digitaline, ou plutôt des digitalines sous forme de solution et de granules. Ce sont généralement des préparations infidèles, sur lesquelles il ne faut pas trop compter. Parfois, on observe des empoisonnements digitaliques dus à la variabilité d'activité des digitalines.

Les symptômes marquants de l'intoxication digitalique sont : faiblesse, vomissements, lenteur extrême du pouls, refroidissement des extrémités, syncopes, palpitations, vision des objets en vert. En dehors de l'intoxication due aux doses trop fortes, il est bon de se rappeler que même à faible dose, la digitale est nuisible à certains malades, les tachycardiques, les aortiques, les arythmiques bis et tricouplés.

Quand l'effet de la digitale est obtenu, diurèse et tonification du cœur et du pouls, on la remplace par d'autres toniques cardiaques, puis par les toniques généraux, et le régime mixte lacté et végétal.

Quand la digitale échoue, il ne faut pas se décourager ; d'autres médicaments peuvent faire merveille, alors que tout semblait perdu avec la digitale. Cependant, il est certain que le pronostic est plus sombre et la guérison plus douteuse.

Après la digitale, le meilleur médicament cardiaque est la *spartéine*, alcaloïde du genêt,

(1) Polguère. Traité pratique de médecine de Bernheim et Laurent.

qui s'emploie généralement sous forme de sulfate, à la dose de dix à quinze centigrammes en 24 heures, en potion ou en injections hypodermiques. Les cardiaques artériels, et principalement, les aortiques, sont très sensibles à l'action de ce puissant médicament, à la fois diurétique et tonique cardiaque.

En troisième ligne vient *le strophantus* que l'on administre sous forme de teinture alcoolique au 1/5, à la dose de dix à quinze gouttes par jour, en 3 fois, ou sous forme d'extrait en granules au 1/4 de milligramme, ou encore, sous forme de granules de strophantine au 1/10 de milligramme. Le strophantus donne des résultats très remarquables. De plus, on peut l'administrer pendant plusieurs semaines, sans crainte d'accumulation.

La *convallaria maïalis*, en infusion, comme tisane, ou mieux sous forme de *convallamarine*, en potion ou en granules, se donne aussi avec avantage dans les cas où la spartéine a échoué. La convallamarine se prescrit à la dose de 5 à dix centigrammes par jour, fractionnés en doses que l'on prend à intervalles réguliers.

L'adonidine en granules de 1 milligramme (de 3 à 5 milligrammes dans les 24 heures) est aussi un excellent tonique du cœur ; elle agit surtout en élevant la tension artérielle.

La caféine, quoique très vantée, n'est pas de même valeur que les médicaments précédents, surtout en potion. Elle est plus puissante en injections sous-cutanées, à la dose de cinquante centigrammes à un gramme, dissoute dans deux grammes de benzoate de soude ou de salicylate de soude. La caféine s'emploie soit sous forme d'alcaloïde basique, caféine pure, soit sous forme de citrate de caféine. La caféine agit très rapiment, c'est un médicament d'urgence très précieux : malheureusement, nombre de malades la supportent mal, souffrent d'une agitation excessive et s'en plaignent vivement.

La *théobromine*, mieux tolérée, moins excitante, la remplace parfois avec avantage.

La *kola* ne produit pas non plus cette excitation fâcheuse ; il est certain qu'elle agit par autre chose que par sa caféine ; c'est un tonique excellent, longtemps supporté, mais il devient dangereux par une sorte d'accoutumance pareille à celle de la morphine.

Et puisque nous parlons de la morphine, disons tout de suite qu'il faut n'y recourir qu'avec méfiance chez tous les cardiaques, en général, surtout sous forme d'injections hypodermiques. La piqûre de morphine est certainement dangereuse pour les maladies du cœur et l'on ne doit y recourir qu'à la dernière extrémité malgré les supplications des malheureux cardiaques qui se plaignent toujours d'insomnies persistantes.

Le meilleur soporifique à leur donner est le *chloralose* à la dose de 0.40 à 0.50 centigrammes par cachets fractionnés de dix centigrammes toutes les demi-heures. Viennent ensuite le *trional* et le *tétronal* à la dose de 1 à 2 grammes le soir, en cachets de cinquante centigrammes, l'*uréthane*, aux mêmes doses.

Le chloral est dangereux pour le cœur, de même que la morphine. Le sulfonal est inférieur au trional comme action soporifique.

Avant de terminer l'étude des médicaments cardiaques, il nous faut dire un mot des médicaments applicables aux cardiopathies dites artérielles où l'hypertension est le symptôme prédominant. Il est nécessaire d'opposer à cette hypertension, un régime alimentaire sévère : laitage, viande blanche, légumes verts. On défend tous les aliments riches en ptomaïnes, comme le gibier, les fromages, les conserves de poisson : les repas doivent être fréquents, peu abondants, et les boissons prises en petite quantité : le thé, le café, le tabac sont rigoureusement interdits. On conseille un exercice régulier et modéré, les frictions, le massage, la gymnastique suédoise douce. « Comme médicaments, on prescrit les dépresseurs de la tension sanguine : la trinitrine, le nitrite d'amyle, les iodures ; comme ces malades sont toujours en imminence d'intoxication, on ordonne l'*iodure de calcium* à la dose de 0.50 centigr. à 1 gramme, l'*iodure de sodium*, l'*iodure de strontium*, le *sirop iodotannique*.

« La dyspnée toxique et le mauvais fonctionnement rénal sont merveilleusement améliorés par le seul régime lacté, associé à une petite quantité d'iodure, aux antiseptiques intestinaux ; il produit parfois de véritables résurrections chez les artério-scléreux, alors que la digitale aurait produit des effets déplorables. (1). »

En résumé, la médication cardiaque comprend une série de moyens à peu près également efficaces, mais non infaillibles pour tous les cas. Chaque sujet est plus ou moins sensible à tel ou tel de ces moyens, que le flair du médecin devra découvrir. Il ne faut ni impatience, ni entêtement pour traiter les affections du cœur ; mais il est nécessaire de parcourir avec persévérance toute la gamme des moyens indiqués, en commençant par le strophantus, la spartéine, l'adonidine, la caféine et en terminant par la digitale ou inversement, jusqu'à ce qu'on ait découvert le bon, c'est-à-dire celui qui agit le mieux chez le malade en question.

Contre les syncopes et les accidents ultimes de l'asystolie, on emploie avec avantage les piqûres de caféine et *d'éther* alternées et les inhalations d'oxygène.

Dr Paul Huguenin.

OBSERVATIONS ET CLINIQUE

L'estomac et l'utérus.

L'estomac est un sac vraiment complaisant. Malgré nos écarts de régime, nos excès de toute sorte de boire, de manger, de tabac, etc., il se fâche relativement rarement. Si nous avions la sagesse de ne pas tant le malmener, il remplirait silencieusement ses importantes fonctions et ses maladies seraient une exception. A part les néoplasmes, je crois que sa pathologie se réduirait à peu de chose ou à quelques défaillances sans importance. Aussi, chez les femmes qui, plus frugales, usent moins de boissons fermentées que les hommes, mangent moins et mieux, (je ne parle pas, bien entendu, de celles qui ne vivent que de sucreries et de truffes), les affections de l'estomac sont-elles rarement essentielles ; le plus souvent elles ne sont que l'expression d'un désordre génital, d'une maladie de l'utérus, cet organe si important qu'il domine toute la pathologie féminine au point qu'on a

(1) Polguère. *Loco citato.*

pu dire, non sans raison, que la femme n'était qu'une matrice.

Quand une femme se présente avec des douleurs d'estomac s'irradiant entre les épaules, des digestions difficiles, des appétits bizarres, un état de langueur générale, une grande susceptibilité de caractère, avec des larmes faciles, cherchez plus bas, neuf fois sur dix l'estomac qu'on accuse de tous ces maux n'était atteint que sympathiquement. Dirigez votre interrogatoire vers les fonctions génitales, pratiquez un examen détaillé et quand vous aurez trouvé quelque chose d'anormal de ce côté, appliquez-vous à le guérir sans vous soucier de l'estomac. Votre malade, d'abord incrédule, sera bientôt forcée de se rendre, car dès que la lésion génitale sera guérie, l'estomac se remettra seul, sans que vous ayez à lui infliger les nombreux vins médicamenteux ou la riche thérapeutique inventée à son intention.

Pour ceux qui pourraient taxer cette opinion d'exagérée, je citerai l'observation suivante :

Madame D..., agée de 48 ans. est une grande femme blonde, lymphatique, à chairs mollasses, d'une condition aisée, habitant une maison saine.

Son père est mort de la poitrine à l'âge de 43 ans ; sa mère, encore vivante, jouit d'une belle santé.

Réglée à 15 ans 1/2, un peu plus, un peu moins, elle a toujours souffert à chaque époque. Bien que ses règles fussent très régulières, elles ne venaient jamais sans douleur.

Mariée à 20 ans, elle eut trois filles encore vivantes, mais de santé assez précaire. Depuis 12 ans, date de sa dernière grossesse, elle n'a jamais eu de retard. Il y a 20 ans elle aurait eu un polype utérin, que son médecin lui enleva sans anesthésie.

A part cela, sa santé s'était maintenue à peu près bonne jusqu'en 1895, époque où elle commença à se plaindre tantôt d'un malaise général, tantôt de douleurs de ventre au niveau de l'ombilic, et le plus souvent de douleurs stomacales accompagnées de céphalalgie. Malgré tous les eupeptiques, les alcalins, les amers et en général tous les médicaments stomachiques, son mal ne cessa d'augmenter pour prendre des allures aiguës fin janvier 1896. A ce moment, elle eut une poussée, vomissant tous les aliments sauf le lait, avec des souffrances continuelles, exaspérées encore par les digestions. Une phlébite, survenue dans des varices de la jambe gauche, compliqua sa situation, la cloua six semaines au lit et fit craindre un néoplasme du côté de l'estomac, dont les crises dominaient toute la scène.

La phlébite guérit, mais l'estomac resta aussi douloureux, ne permettant que le régime lacté.

Jusqu'en août 1896, à part quelques pertes blanches et des règles un peu longues, rien n'avait attiré l'attention du côté des organes génitaux, quand elle fut prise de ménorrhagies abondantes, avec caillots, si bien qu'en deux mois elle eut à peine vingt jours de tranquillité.

Le 15 novembre, après un examen minutieux, je la trouvais dans l'état suivant :

La figure pâle, tirée, exprimait la souffrance, l'alimentation était des plus minimes, à peine un peu de lait, la constipation opiniâtre. Elle accusait des douleurs un peu partout, particulièrement à l'estomac et entre les épaules. Au palper l'estomac était à peine sensible, on n'y percevait aucun empâtement, ni aucune tumeur. A la percussion, il ne paraissait pas dilaté. Les reins étaient en place et bien que le ventre fût flasque et un peu tombant, il n'y avait aucune ptose.

Du côté de l'utérus le palper était plus pénible. Par le toucher on sentait les culs-de-sac libres, mais le col, peu entr'ouvert, était gros et dur. L'utérus était sensible et par le palper bi-manuel on le trouvait lourd et un peu augmenté de volume. Le cathétérisme utérin, douloureux et difficile, indiquait une profondeur de 9 centimètres et une muqueuse saignant au moindre attouchement.

Parfois la sonde entrait toute seule ; d'autres fois, elle s'arrêtait dans le col, donnant la sensation d'une fausse route. Il fallait alors la retirer, puis recommencer, en un mot la manœuvrer comme quand on sonde un rétréci atteint de fausse route. Pour le moment je ne savais à quoi attribuer cette bizarrerie dont l'explication me fut donnée au cours de l'opération, où je trouvai, inséré au milieu de la lèvre postérieure du canal cervical, un petit polype en forme de languette.

Quand la sonde s'engageait sous lui, elle buttait contre son insertion à la partie postérieure du canal cervical ; impossible d'aller plus loin. Il fallait reculer et suivre la partie postérieure de la lèvre antérieure, pour passer au-dessus du polype et pénétrer dans l'utérus.

Pensant que tout le mal provenait de la matrice atteinte de métrite hémorragique, je déterminai Mme D. à entrer à ma clinique, pour y subir un curettage et peut-être l'ablation des tumeurs polypeuses, si on en découvrait, l'utérus une fois dilaté.

Après quatre jours de soins préliminaires consacrés à la laver, baigner, raser, à irriguer le vagin au Van Swieten, et enfin à dilater l'utérus avec des laminaires, la matrice étant à point, l'opération fut pratiquée le 21 novembre. La veille et le matin même, la température était de 37,5.

La malade fut endormie à l'éther et les injections furent faites simplement avec de l'eau stérilisée à l'autoclave, sauf à la fin de l'opération, où l'utérus fut écouvillonné avec un tampon de gaze stérilisé, trempé dans une solution de chlorure de zinc à 10 %.

Inutile de décrire le curettage, qui fut pratiqué aussi complet que possible. Le petit polype du canal cervical fut enlevé au thermo-cautère, puis l'utérus fut bourré d'une mèche de gaze iodoformée.

Le soir, la température monta à 38,2, le lendemain à 38,9, descendit le jour suivant à 37,5, puis à 36, 9 pour rester jusqu'à la fin entre 36,8 et 37.

Le lendemain la malade urinait seule et prenait un peu de lait, sans se plaindre de l'estomac.

Le tampon de gaze iodoformée fut retiré le 3e jour, et c'est à partir de ce moment que la température tomba pour ne plus se relever. Le quatrième jour, la malade eut l'envie de prendre de la soupe maigre, chose qu'elle n'avait pu faire depuis deux ans ; elle la digéra parfaitement.

Enhardie par cet essai, le lendemain elle mangeait un peu de volaille qui ne la fit pas souffrir et elle se remit rapidement à une alimentation normale, sans plus jamais sentir son estomac.

Depuis deux mois, elle mange comme tout le monde ; il ne lui reste, de son ancien mal, qu'un peu de tendance à la constipation.

L'effet moral produit par l'opération, la suggestion comme on dit maintenant, pourrait peut-être, aux yeux des uns, revendiquer une certaine part dans cette guérison. Cela est difficile à admettre, cette malade n'étant nullement hystérique et ses douleurs étant trop réelles et trop anciennes pour céder aussi facilement à une simple influence nerveuse. On pourrait aussi invoquer le changement de milieu, d'hygiène, de cuisine dont elle a profité à la clinique, mais son séjour y a été bien court, 12 jours, et depuis deux mois qu'elle est rentrée dans sa maison, et dans ses habitudes, sa guérison n'a fait que s'affirmer.

Aussi bien, ce n'est pas la première fois qu'un fait semblable se présente à mon observation. Entre beaucoup, je vois encore, d'ici, une jeune femme à qui une métrite procurait d'horribles crampes d'estomac continuelles, avec exacerbations vespérales. Un traitement utérin fit si bien disparaître la gastralgie, que depuis elle peut non seulement s'alimenter, mais mener à bien deux grossesses, sans que son estomac lui fît éprouver d'autre sensation que celle de la faim.

La conclusion à tirer c'est que, pendant la vie génitale, l'utérus domine la pathogénie féminine et lui imprime un cachet particulier. Dès qu'on se trouve en présence de troubles fonctionnels, en particulier de l'estomac, sans qu'une lésion de l'organe puisse les expliquer, il faut chercher du côté de la matrice ; c'est là qu'on découvrira la cause du mal.

Dr G. HOUZEL.
Boulogne-sur-Mer.

CLINIQUE OTOLOGIQUE.

De l'obstruction tubaire.

La perméabilité de la trompe d'Eustache est une condition absolument essentielle au bon fonctionnement de l'oreille, puisque, normalement, c'est par l'intermédiaire de ce canal que se fait, à chaque mouvement de déglutition, l'aération physiologique de la caisse du tympan. Aussi, les troubles, provoqués par l'obstruction tubaire simple sont-ils dus, pour la plupart, à ce défaut même d'aération de l'oreille moyenne.

Cette affection détermine, généralement, une sensation de plénitude, de malaise, de lourdeur, de tension du côté correspondant de la tête. Parfois même l'intelligence s'engourdit un peu et le travail intellectuel devient presque impossible.

Les douleurs sont assez rares, mais il n'en est pas de même de la surdité et des bourdonnements qui se montrent toujours, pénibles et fatigants. On peut observer aussi un certain degré de vertige ou un état vertigineux qui souvent n'est pas sans inquiéter le malade et peut également égarer l'attention du médecin.

Ces différents symptômes apparaissent assez rapidement et ils sont le fait de l'enfoncement de l'étrier dans le labyrinthe, le tympan et la chaîne des osselets cédant à la pression atmosphérique extérieure, grâce au vide partiel de la caisse.

La même pathogénie, très simple comme on le voit, s'applique aux lésions objectives de l'oreille qui sont les suivantes : membrane tympanique normale comme teinte ou un peu grise et terne, s'il y a déjà un certain degré de catarrhe de la caisse. Son caractère pathognomonique est d'être enfoncée, excavée. Le manche du marteau est aperçu relevé, en raccourci, presque horizontal. Souvent même la membrane vient s'appuyer sur le labyrinthe et il est possible alors d'apercevoir bien nettement une partie de l'étrier et de l'enclume au travers de son épaisseur.

Si on procède à ce même examen après une vigoureuse insufflation d'air, on aperçoit, lorsque l'obstacle à la perméabilité a pu être levé, la concavité redressée et le tympan qui a repris une position et une courbure normales.

La diminution de l'ouïe est plus ou moins considérable, suivant le degré d'obstruction, et le malade perçoit le tic-tac de la montre à cinquante, vingt, cinq centimètres, parfois même au contact, au lieu de la moyenne habituelle qui est un mètre cinquante. Au contraire, la perception crânienne est bien conservée ; la montre et le diapason sont parfaitement entendus par les os du crâne.

Dans l'épreuve de Weber, c'est-à-dire le diapason appliqué perpendiculairement sur le milieu de la tête, on trouve une latéralisation précise dans l'oreille malade. Le son est perçu plus intense du côté atteint, comme d'ailleurs dans la plupart des affections de la caisse et du conduit auditif externe.

En approchant les branches d'un diapason en vibration devant les narines, on constate une différence assez nette entre l'intensité du son d'un côté et de l'autre. C'est un signe particulier à l'obstruction et aux différentes sténoses de la trompe d'Eustache.

Le diagnostic de l'obstruction tubaire est en général facile et simple. D'abord, elle se montre presque toujours consécutivement à une rhino-pharyngite aiguë ou subaiguë, au cours d'un coryza, d'un « rhume de cerveau », d'une adénoïdite. Si alors on voit apparaître une certaine dureté de l'ouïe avec bourdonnements et sensation de plénitude dans l'oreille, on doit penser à l'existence d'une propagation du catarrhe à la trompe. Les autres symptômes et les différents signes dont nous avons parlé plus haut, viendront certifier ce diagnostic

Il ne faut pas confondre l'obstruction tubaire, qui n'est qu'un simple obstacle dû aux sécrétions muqueuses et au gonflement inflammatoire des parois de la trompe, avec les sténoses proprement dites de ce même organe, beaucoup plus sérieuses, puisque ce sont des processus définitifs et permanents si on n'intervient pas par des moyens assez rigoureux d'ailleurs. Cette dernière recherche aura pour éléments l'étude des commémoratifs, les résultats de la douche d'air par le cathétérisme ou la poire de Politzer ; enfin l'exploration elle-même du canal tubaire au moyen de sondes et de bougies appropriées.

Le traitement est simple et absolument efficace ; il est même quelquefois surprenant en faisant disparaître cette sensation pénible de lourdeur de tête, de vertige, qui dans certains cas, chez les enfants par exemple, faisait craindre l'invasion d'une affection méningo-cérébrale grave. Il consiste d'une part à soigner le coryza et la rhino-pharyngite par des moyens dont

nous avons déjà parlé dans un précédent article sur l'adénoïdite aiguë (1). Ce traitement, qui est celui de la cause, est essentiel et doit être formulé le premier. Ceci fait, une douche d'air donnée plus ou moins vigoureusement et à propos, vient rétablir la perméabilité de la trompe et faire cesser immédiatement les troubles qu'elle déterminait et entretenait.

Dr P. Lacroix.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La déclaration des maladies épidémiques.

Bien des fois, nous nous sommes élevés contre l'obligation imposée au médecin de faire à l'autorité la déclaration des cas de maladies épidémiques qu'il a pu observer. Nous avons toujours soutenu l'utilité de cette déclaration, nous avons même demandé qu'elle reçût une sanction par le vote de la loi sur la santé publique, mais nous avons montré que cette obligation devait incomber à la famille du malade et non au médecin pour lequel elle constitue une source perpétuelle de désagréments et d'ennuis.

Nous en avons donné maintes preuves. En voici de nouvelles encore :

Une d'abord que nous trouvons dans les *Annales d'hygiène publique* :

Le 12 août 1895, le Dr R*** envoie à la mairie de Valence une carte postale portant le diagnostic : Fièvre typhoïde, et indiquant, comme mesure à prendre, la fermeture d'une citerne, située entre deux fosses d'aisances, dont l'eau contaminée ne peut que répandre la maladie.

Quatre jours après, le mari de la femme malade dit au médecin : J'ai reçu la visite d'un agent de police, qui m'a dit que ma femme avait la fièvre typhoïde et que vous avez parlé de la citerne : première indiscrétion. Le même jour un agent de police se présente chez le médecin et lui dit : Quelles mesures voulez-vous que l'on prenne ? Le médecin répond : J'ai fait la déclaration à laquelle la loi m'obligeait. Il appartient à l'Administration municipale d'indiquer les mesures à prendre dans l'intérêt général.

Un architecte désigné par M. le Maire de Valence se rendit sur les lieux le *19 octobre*, et remit son rapport fin novembre. Qu'est-il advenu de ce rapport concluant à des réparations ? M. R*** l'ignore. Mais un fait reste : aucune mesure de désinfection ne fut jamais prise.

Ce n'est pas tout. A la diligence du propriétaire de l'immeuble, M. le Dr R*** fut poursuivi, à fin d'indemnités, pour avoir déclaré à la mairie de Valence que l'eau de la citerne était contaminée et conseillé à l'entourage de sa cliente de ne faire aucun usage de l'eau suspecte.

Le Dr R*** replique à l'attaque du propriétaire par une demande reconventionnelle de dommages-intérêts.

Le tribunal, dans un jugement, en date du 18 janvier 1896, déclare le propriétaire mal fondé dans sa demande, l'en déboute et le condamne aux dépens et rejette la demande en dommages intérêts du défendeur.

Ainsi à Valence le médecin qui obéit à la loi du 30 novembre 1892 s'expose à une action judiciaire, et aucune réparation ne lui est due pour le préjudice qui lui est ainsi causé.

Ailleurs, à Arpajon, le Docteur V*** ayant eu l'occasion de déclarer quelques cas de diphthérie, se voit diffamé par un journal local et est obligé de poursuivre l'auteur de l'article, qui le conduit jusqu'à la Cour de cassation.

Si encore ces réclamations avaient quelque utilité ! mais l'Administration se borne à les recevoir et n'en tient aucun compte. — Voyez plutôt l'histoire suivante :

Dans un département du centre, le Dr G... constatant un cas de fièvre typhoïde dans une école publique de filles, fait sa déclaration ; — le malade meurt et aucune désinfection ne suit. Les parents accusent le médecin d'ignorance et ne procèdent même à aucun nettoyage (notez que la mère était l'institutrice elle-même).

Quelques semaines plus tard, second cas dans la même maison, mais cette fois le Dr G... n'est plus appelé. Le malade ayant encore succombé, celui-ci, comme inspecteur médical de l'école, adresse un rapport circonstancié et demande une désinfection énergique. Une lettre est envoyée au maire de la commune pour lui demander si celle-ci consentirait à faire les frais de la désinfection : sur sa réponse négative, l'affaire en reste là.

Quelques cas de fièvre typhoïde se montrent dans le voisinage : on ne s'émeut pas pour si peu.

Le troisième enfant de l'institutrice est pris à son tour et succombe malgré les soins d'un troisième médecin, les deux premiers étant aussi ignares l'un que l'autre, au dire des parents, qui ne veulent pas convenir qu'il s'agit de fièvre typhoïde, s'abstiennent de faire le moindre nettoyage et ne font même pas lessiver leur linge.

Second rapport du Dr G... qui, constatant de nouveaux cas, montre les dangers de la situation et réclame plus instamment que jamais la désinfection à l'étuve et au pulvérisateur. C'était en août 1894.

Vers la fin de l'année, l'inspecteur primaire vint.... et de sa propre autorité jugea que le cas importé par la première victime était négligeable et qu'il fallait incriminer le voisinage d'un vieux cimetière désaffecté depuis un demi-siècle. Il fit faire la lessive — 15 mois après le premier décès — et déclara que tout était dorénavant pour le mieux.

Le Dr G... crut devoir insister, mais alors on lui répondit que l'inspecteur avait fait faire le nécessaire.

Cependant, la maladie continuait à sévir dans un rayon de cinquante mètres autour de l'école et dans le reste du pays, exclusivement sur des fillettes.

Toutes les démarches, toutes les réclamations se butaient devant les résistances de l'institutrice et des inspecteurs, qui répondaient invariablement que tout ce qu'il fallait avait été fait. L'insistance devenait une sorte de rancune de la part du Dr G....

Enfin, à la suite d'une recrudescence de la maladie, en juillet 1896, la désinfection complète fut effectuée sous la surveillance du Dr G...., qui se heurta à diverses protestations, mais passa outre.

Il est impossible de dire tout ce qu'on dut passer à l'étuve, c'était d'une saleté inénarrable.

Mais, pour en arriver à ce résultat au bout de trois années, il fallut plus de quarante cas et plusieurs décès ; — depuis la désinfection aucun nouveau cas ne s'est produit.

(1) *Concours médical* du 22 août 1896, n° 34.

Et qu'on veuille bien remarquer qu'il s'agit d'une école publique, d'une institutrice sur laquelle l'administration était toute-puissante ! Il eût suffi d'un ordre de l'inspecteur pour que la désinfection fût faite.

Dans d'autres régions, on est plus avancé et dès que la déclaration est faite, les désinfecteurs arrivent — mais quelle besogne ! On inonde tout, on gâche tout, et la désinfection n'existe pas plus qu'auparavant. Le mobilier est à renouveler, et c'est le seul résultat incontestable qu'on a pu obtenir.

Et c'est pour ces brillants résultats qu'on impose la déclaration au médecin, qu'on le moleste et qu'on lèse ses intérêts.

Un médecin d'Indre-et-Loire qui court risque d'être saisi.

Tous les journaux médicaux se sont émus, il y a quelques mois, lorsque les agents de l'enregistrement ont imposé une amende de soixante-deux francs cinquante, au professeur Panas, pour avoir délivré un certificat sur papier libre à un malade d'hôpital.

La qualité de professeur de notre confrère a donné à la chose un grand retentissement, et certains journaux ont été jusqu'à dire qu'on avait exhumé, pour lui, une loi tombée depuis longtemps en désuétude.

Ce qu'on n'a pas assez dit, c'est que la mauvaise niche jouée à notre confrère de Paris, l'enregistrement la joue fréquemment à nos confrères de province. Je pourrais citer tel médecin de Tours, qui, l'an dernier, s'est vu également imposer la même amende, pour avoir délivré, sur papier libre, un certificat à un témoin ne pouvant se présenter au tribunal.

Après pétition, l'amende fut remise, au moins en partie, comme au professeur Panas.

Certains certificats sont soumis au timbre, d'autres en sont exemptés, et cela sans qu'il y ait aucun texte officiel exposant clairement la chose.

Nous avons bien, à défaut de textes officiels, des renseignements publiés par certains journaux, le *Concours médical*, la *Semaine médicale* et beaucoup d'autres.

Mais, ne vous fiez pas trop, mes chers confrères, à ces renseignements puisés aux meilleures sources ; si, vous basant sur eux, vous faites un certificat sur papier libre, l'amende de 62 fr. 50, véritable épée de Damoclès, restera de nombreuses années menaçante pour votre bourse.

La preuve la voici :

Un de nos confrères d'Indre-et-Loire, le Dr Stecewicz, de Manthelan, a délivré, au mois de juillet 1894, un certificat sur papier libre à un client atteint d'une maladie grave, nécessitant le séjour au lit, pour appuyer la demande faite, au procureur de la République, de célébrer à son domicile le mariage de sa fille.

L'autorisation fut du reste accordée sans observation.

Or voici que maintenant, après plus de deux ans, l'enregistrement réclame la fameuse amende.

L'administration a bien fait savoir officieusement à notre confrère que, s'il demande sur papier timbré, la remise de cette amende, il y a toute chance pour qu'on la lui accorde en totalité ou en partie ; mais tout d'abord on exige le paiement des soixante-deux francs cinquante.

Lorsque l'ordre de payer arriva au Dr Stecewicz, il venait précisément de lire, dans la *Semaine médicale*, la liste des certificats, pouvant être faits sur papier libre, et sur cette liste se trouve le « *certificat constatant la maladie d'un des futurs ou d'un ascendant et la nécessité de célébrer le mariage au domicile du malade* ».

Fort de ces renseignements, notre confrère refusa de payer. On le menaça : il refusa encore.

S'appuyer simplement sur les renseignements publiés par un journal, cela ne pouvait suffire devant le juge ; il fallait connaître l'origine de ces renseignements.

« *La liste que nous avons publiée*, lui écrit le directeur du journal, *a été préalablement vérifiée par* LE CHEF DE SERVICE DU TIMBRE *à Paris, et c'est ce fonctionnaire lui-même, qui nous a donné une note écrite, portant que le certificat constatant la maladie de l'un des futurs ou d'un ascendant et de la nécessité de célébrer le mariage au domicile du malade n'est pas soumis au timbre.* »

M. Stecewicz donna connaissance à l'administration de l'enregistrement de la copie de cette lettre mais l'administration ne désarma pas : « Si vous ne payez pas, nous vous poursuivrons ; vous feriez bien mieux de payer et d'adresser une demande de décharge : nous vous promettons presque de vous enlever complètement l'amende. » Telle fut à peu près la réponse qu'on lui fit.

Nous approuvons complètement notre confrère et l'engageons à persévérer dans sa résistance. On verra bien si l'enregistrement lui fait saisir son mobillier ou ses chevaux.

Malheureusement, le syndicat médical de notre département ne peut se substituer à notre confrère dans le procès à intervenir entre lui et l'administration, les syndicats médicaux ne pouvant exercer d'action contre l'Etat ; mais, nous en sommes persuadés, l'appui moral et financier du syndicat ne fera pas défaut à notre confrère, et s'il le fallait, la *Gazette médicale du Centre* s'offrirait à payer les frais du procès.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de cette intéressante affaire. Nous voulons, du reste — et nous espérons que nos lecteurs nous en saurons gré — étudier à fond et tirer au clair cette question des certificats médicaux.

Nous prions donc tous nos confrères ayant eu maille à partir avec l'enregistrement de bien vouloir nous en faire part. Nous dépouillerons ensuite dans le journal le dossier que nous aurons rassemblé.

(*Gazette médicale du Centre.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

Association professionnelle des médecins de Bayonne.

3 septembre.

M. le Dr Sudour, Président, ouvre la séance et prononce le discours suivant :

Messieurs et chers Confrères,

Vous avez compris qu'en présence de cette coalition, contre nous, d'intérêts généraux, en présence du nombre chaque jour plus considérable de Sociétés de

secours mutuels, où, sans distinction de fortune, tous du haut en bas de l'échelle sociale viennent s'inscrire et nous imposer un tarif d'honoraires absolument dérisoire, notre position se trouvait de plus en plus menacée dans son indépendance et sa dignité, en même temps que dans ses intérêts matériels.

Qu'est-ce qui imprime en effet à l'art médical son cachet de haute honorabilité? N'est-ce pas, autant que la nature de sa mission, son caractère de profession libre et indépendante ? Pouvions-nous, dès lors, tolérer plus longtemps qu'il y fût porté atteinte ?

Vous admettrez bien qu'il ne pouvait plus y avoir d'hésitation possible. Cette constatation faite, notre Association était fondée. Nous sentions tous qu'à ce flot envahisseur, il fallait opposer une digue, et que l'union seule pouvait nous donner cette force compacte, irrésistible.

Union, solidarité, tel est donc notre drapeau. Votre Bureau, à qui vous avez fait l'honneur de le confier, a été sensible à ce témoignage d'estime et vous en remercie. Il a mesuré l'étendue de la tâche que cet honneur lui impose ; il ne se dissimule pas qu'elle sera parfois difficile, délicate, périlleuse peut-être. Sans chercher à se dérober, il prêtera son concours le plus ardent au succès d'une œuvre si utile, si confraternelle. Dans ses démarches, dans ses négociations auprès des Sociétés de secours mutuels, il apportera le tempérament nécessaire pour aboutir sans secousse. Mû par les sentiments de confraternité et de loyauté les plus purs, il interviendra, dans la mesure du possible, auprès de celles qui, cédant au froissement, au dépit du premier moment, seraient tentées de faire retomber sur un confrère les conséquences de vos décisions.

Permettez-lui, à son tour, chers Confrères, de faire appel à la bonne volonté de tous, et surtout au respect absolu de chacun de vous pour les résolutions prises en commun.

Le temps n'est plus de ces docteurs continuellement en habit, cravate blanche, classiquement armés de leur canne et de leur tabatière. On vous en a fait le portrait. Ils pouvaient peut-être se contenter de considération, mais le siècle a marché, les dépenses forcées ont emboîté le pas; ils feraient triste figure aujourd'hui, surtout avec une nombreuse famille.

Nous n'aurons donc pas de fausse honte et nous nous garderons de rougir, si l'Association prend en main la défense des intérêts matériels de notre profession, si elle cherche à l'améliorer. Nous n'en continuerons pas moins à soigner gratuitement les déshérités de la fortune, nous ne nous désintéresserons pas pour cela des souffrances humaines, et nous saurons toujours remplir notre mission de charité privée et de dévouement obscur.

Tel est, à mes yeux, le plus sûr moyen de conserver tout son éclat au renom du corps médical, de maintenir et d'accroître, s'il est possible, son patrimoine de considération et d'honneur.

Je ne puis terminer, chers Confrères, sans adresser, en votre nom et au mien, tous nos remerciements à notre sympathique Président de l'Association Médicale, M. le Dr Batbedat et à son zélé et infatigable secrétaire, M. le Dr Delvaille, qui ont bien voulu présider, tous deux, à la naissance de notre nouvelle Association, ce nouveau-né, dont ils sont vraiment les parrains, et que nous allons tous de concert entourer de nos soins. (*Applaudissements.*)

IV.— *Nouveau règlement à appliquer aux diverses Société de secours mutuels de la ville:*

L'Association adopte les dispositions suivantes :

1° Le tarif à l'abonnement ou à forfait est désormais supprimé pour les Sociétés nouvelles.

2° Les Sociétés anciennes qui fonctionnent actuellement devront élever leur tarif à dix *francs* au minimum par famille et par an, à partir du 1er janvier 1897. Les visites de nuit, les opérations et les accouchements seront payés en plus par le sociétaire.

3° Une seule exception est faite en faveur de la Société des anciennes élèves des Filles de la Croix, société féminine, composée de membres isolés, célibataires.

4° Toutes les sociétés qui paient actuellement un franc la visite ou la consultation, seront désormais tarifiées à deux francs la visite ou la consultation.

5° Toutes les Sociétés de secours mutuels fonctionnant à Bayonne, seront prévenues de ces décisions qui auront leur application à partir du 1er janvier 1897.

6° Aucun Membre de l'Association ne pourra accepter une Société en dehors du tarif minimum ordinaire

Principes de Déontologie :

L'Assemblée adopte les principes suivants :

1° Le cabinet du Médecin est un terrain neutre, où il peut donner ses soins à tous ceux qui les lui réclament.

2° Tout Médecin appelé près d'un nouveau client *au début d'une maladie*, peut lui donner ses soins.

3° Tout membre de l'Association appelé accidentellement et par surprise, en l'absence du médecin traitant, près d'un malade en traitement, dans le cours d'une maladie aiguë ou chronique, doit se borner à prescrire les soins nécessaires, pour parer aux besoins du moment, et ne faire aucune réflexion sur la médication suivie.

Dans l'un et l'autre cas, il ne peut se présenter chez le malade que s'il y est appelé par le médecin traitant ou si la famille se refuse *absolument* à voir celui-ci. Dans ce dernier cas, après avoir fait tous ses efforts pour faire rappeler le Confrère évincé et proposé de voir le malade en consultation avec lui, le nouvel appelé pourrait continuer ses soins. Si c'est dans le cours d'une maladie aiguë, le Confrère devra être prévenu sans délai par son successeur, et dans le cours d'une maladie chronique par la famille elle-même.

4° En aucun cas, un Médecin ne pourra refuser une consultation avec un Confrère de l'Association. Le Médecin consultant s'abstiendra vis-à-vis du malade et de son entourage de toute réflexion pouvant porter préjudice au Médecin ordinaire. Il ne se représentera chez le malade, que, s'il y est appelé de nouveau en consultation ou autorisé par le Médecin traitant.

Le Médecin, appelé en consultation, ne doit sous aucun prétexte, prendre la succession de son Confrère et la suite du traitement de la maladie au cours de laquelle il a été appelé.

Plus tard, et la maladie terminée, il redevient libre et juge de ses actions.

5° Lorsqu'un Confrère est malade ou lorsqu'il s'absente, les Médecins appelés à le suppléer devront faire leur possible pour lui conserver toute sa clientèle. Quant au Médecin auquel le Confrère malade ou absent a confié tout ou partie de sa clientèle, il ne doit jamais profiter de sa situation d'intermédiaire pour supplanter le Confrère qui l'a appelé et il ne peut accepter la succession d'aucun de ses clients.

9° Les Médecins de l'Association, informés des faits d'exercice illégal de la médecine, de vente de médicaments non autorisés, les feront connaître au bureau qui procédera à une enquête. Et s'il y a lieu, ces infractions seront signalées à la prochaine réunion de l'Assemblée qui statuera.

7° En cas de manquement aux présents Statuts.

Avertissement donné par le Président. Cet avertissement ne sera appliqué qu'après débats contradictoires et après avoir reçu la sanction de l'Assemblée générale.

8° L'exclusion pourra être prononcée en Assemblée générale, au scrutin secret, et à la Majorité des deux tiers des suffrages.

9° Toute difficulté surgissant entre deux Membres de l'Association sera soumise à un arbitrage formé par le Bureau et par quatre Confrères choisis par les intéressés. Si les arbitres ne peuvent arriver à un arrangement, la question sera portée devant l'Assemblée générale et réglée par elle, à la majorité des voix.

10° L'observation des Statuts et des principes de Déontologie est obligatoire à partir du 1er septembre 1896 : sans qu'on puisse s'autoriser de faits précédents pour excuser une infraction.

Le Secrétaire, Dr GARAT.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous avons à annoncer l'apparition de plusieurs publications médicales nouvelles : *L'Echo médical de Lyon*, directeur Dr *Deray*, mensuel ; les *Archives médicales d'Angers*, directeur Dr Legladée, mensuel ; le *Réveil médical*, mensuel, de M. le Dr *Dumont* ; la *Pratique de la médecine infantile* de M. le Dr *Périer*. Nous souhaitons le succès à ces nombreux collègues.

— *Les certificats pour Assurances-Vie.* — Après un exposé très éloquent de M. le Dr Cassine, la Société locale de Saint-Quentin vient d'adopter la proposition suivante :

Article Ier. — Tout certificat d'assurance sur la vie sera payé dorénavant au moins 20 francs. Les déplacements seront payés à raison de 1 fr. en plus par kilomètre, tant à l'aller qu'au retour.

Art. II. — Notification de cette décision sera faite par les soins du Bureau de notre Association aux agents d'assurances de la région.

Art. 3 — Les Compagnies, qui n'accepteront pas ce tarif, s'exposeront à ne trouver désormais aucun médecin pour rédiger leurs certificats.

— *Les médecins sanitaires maritimes.* — Nous avons formellement exprimé, à plusieurs reprises, l'année dernière, notre sentiment *au sujet* de la réforme opérée (un peu sur le papier) par le décret du 4 janvier 1896 ; nous avons dit ses inconvénients et indiqué ce qu'elle eût dû être. Nous enregistrons aujourd'hui le vœu que nous adresse en cette matière le Syndicat des médecins de Marseille.

Vœu.— « Tous les Docteurs en Médecine français « n'ayant pas subi de condamnation, diplômés avant « la promulgation du décret du 4 janvier 1896, ne « seront pas tenus de passer un examen pour ob- « tenir le titre de Médecin Sanitaire ; ce titre leur « sera accordé sur simple demande faite au service « de la Santé. »

Le Syndicat des Médecins de Marseille, confiant en votre concours, vous prie d'intéresser les Députés à la défense de nos droits et d'agir avec nous, simultanément, pour faire porter la question à la Chambre.

— *Les officiers de santé et l'examen de médecin sanitaire.* — L'application du décret du 4 janvier 1896 se poursuit dans les ports, et les nombreux officiers de santé, qui naviguent depuis longtemps sur les navires de commerce, sont menacés de rester sur le pavé, parce qu'il faut être docteur pour se présenter à l'examen spécial de médecin sanitaire. Nous demandons encore une fois au Conseil supérieur d'hygiène, quelle mesure transitoire il compte proposer, au Ministre, en faveur de ces malheureux confrères, qui sont, pour la plupart, dans l'impossibilité matérielle de sortir d'une situation que nous avons signalée à plusieurs reprises et dès le premier jour. Ceux de nos maîtres qui furent les inspirateurs du décret, n'entendent pourtant pas, sans doute, sacrifier brutalement ces intéressants serviteurs, dont les droits sont respectables. Il y a là un déni de justice à éviter.

Les projets fiscaux et le médecin. — La commission du budget a reçu de M. le ministre Cochery un projet qui substitue à la contribution personnelle-mobilière, une taxe d'habitation basée sur les loyers et susceptible de majorations ou de réductions établies d'après le nombre des enfants et des domestiques.

Les médecins liront avec intérêt les dispositions suivantes de ce projet :

Ne sont pas compris dans l'évaluation de la valeur locative d'habitation, les locaux exclusivement affectés à l'exercice d'une profession libérale.

La valeur locative d'habitation, calculée d'après les règles précédentes, sera réduite d'un quart, à l'égard des personnes qui exercent dans des locaux faisant partie intégrante de leur habitation, une profession non commerciale, soumise à la patente, et qui comporte des rapports à domicile avec le public.

La somme à déduire pour minimum de loyer, est augmentée d'un quart pour chacun des enfants mineurs et pour chacun des ascendants à la charge du chef de famille. Elle est réduite de moitié à l'égard des célibataires et des veufs sans enfants.

La taxe d'habitation est au contraire majorée de 5 °/ₒ à raison de chaque domestique femme, en sus de la première ; de 10 °/ₒ à raison de chaque domestique homme ; de 5 °/ₒ à raison de chaque cheval et de chaque voiture, passibles de la contribution existante.

La majoration est due, même à raison des domestiques, qui ne sont ni logés, ni nourris chez les personnes qui les occupent, pourvu qu'ils soient toute la journée au service d'un même contribuable.

Ne sont pas compris dans le calcul de la majoration : 1° les domestiques employés pour les besoins d'une profession quelconque ; 2° les nourrices ; 3° les voitures et chevaux habituellement utilisés pour l'exercice d'une profession.

— *Les cliniques libres.* — M. Michelin vient de saisir la Chambre, « en raison, dit-il, des récents scandales, dont les cliniques libres ont été le théâtre », d'une proposition de loi aux termes de laquelle les cliniques libres ne pourront être installées, sous peine d'une amende de 50 à 500 francs et d'un emprisonnement de huit jours à six mois, sans autorisation du préfet de police à Paris, du préfet du Rhône à Lyon, et du maire dans les autres communes. Ces cliniques demeureront constamment soumises à la surveillance des autorités ci-dessus désignées.

Tout médecin qui serait convaincu d'avoir pratiqué ou fait pratiquer une opération inutile et en général, d'avoir abusé d'un malade, en impressionnant son moral par menaces de maladies ou promesses de guérison, pour lui extorquer de l'argent, serait très rigoureusement puni.

— *Sociétés de secours mutuels.* — La lutte engagée par les médecins contre les sociétés de secours mutuels commence à gagner du terrain en Allemagne. C'est ainsi que les médecins d'Ulm, au nombre de 20, se sont entendus pour refuser dorénavant leurs services aux membres de la Société de secours mutuels de cette ville, d'après le tarif réduit en vigueur jusqu'alors. La Société de secours mutuels a accepté la lutte. Elle a décidé que ses membres n'auraient plus le droit de choisir leur médecin parmi tous les diplômés qui exercent à Ulm. Elle offre une somme totale de 12.500 francs pour rétribuer 5 médecins et un oculiste, qui seuls auront charge des sociétaires.

Un conflit semblable s'était élevé récemment dans une autre ville bavaroise, à Kaiserslautern. La Société de secours mutuels a dû capituler devant l'entente inébranlable des médecins de cette localité. Décidément, la discipline allemande a du bon. (*Münchener médecin. Wochenschrift*, 1896, n° 50.)

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.167. — M. le docteur Chapuis, de Vienne (Isère), présenté par M. le docteur Michon, de Lyon.

N° 4.168. — M. le docteur Pradines, de Mansonville, par Auvillars (Tarn-et-Garonne), présenté par M. le docteur Destival, de Miradoux (Gers).

Le Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année  N° 10 6 Mars 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les femmes dentistes.

Un dentiste, d'une grande ville, M. *Everton Smith*, à qui je posais la question suivante : « Que pensez-vous de la dentisterie, comme profession pour les femmes », me répondit, avec enthousiasme : « C'est un des meilleurs buts qu'une femme puisse se proposer, si, bien entendu, elle a une aptitude manuelle naturelle et si elle consent à acquérir les connaissances suffisantes. Dans ces dernières années, il a été fait tant de progrès dans les méthodes dentaires, qu'il n'y a plus d'opération de chirurgie dentaire qui soit au-dessus des forces physiques d'une femme et il n'y eut jamais d'objection autre que ce manque de forces, pour écarter la femme de cette profession. Sûrement beaucoup de dentistes maintiendront cette objection, par crainte de la concurrence. Pour moi, j'admets très bien la compétition et je trouve que les femmes seront à leur place ; si j'avais une sœur, je l'engagerais dans cette voie. Si une doctoresse vaut un docteur, elle réussira aussi bien que lui et il en est de même pour l'art dentaire.

« Si deux jeunes gens, d'égale valeur médicale s'élancent ensemble dans la carrière, l'un choisit une grande cité, où sans capital, ni relations, il est parfaitement capable de se mettre à la côte, avant de réussir. L'autre s'en va dans une petite ville, où également sans capitaux, il va de l'avant; il y a plus de place pour s'étendre et plus de chance de faire ses preuves. Où le premier avait cent concurrents, le second n'en trouve plus qu'une douzaine. Pour l'art dentaire une femme a juste autant de chances qu'un homme, si elle est habile et laborieuse et sûrement, ajoute l'habile praticien qui parle, l'art dentaire paye en Amérique. Un bon dentiste, celui qui vous conserve vos dents, ne vous meurtrit pas, ou qui vous donne des dents meilleures que les vôtres, s'il est raisonnablement payé, est sûr de se faire une situation productive. Ma première année, continue-t-il, a été de 1.500 schellings (il y a 10 ans) ; l'année dernière, je suis arrivé à près de 7.000 schellings et celle-ci, je suis assuré d'arriver au même résultat, malgré la dureté des temps. Mes deux frères font presque aussi bien que moi. Je suis en relation avec trois femmes dentistes, seulement. Elles arrivent à des résultats équivalents à ceux de mes frères et aux miens.

« En ceci, comme dans les autres sciences, plus les connaissances générales sont étendues, mieux le terrain est préparé en vue du but spécial. Il y a 50 ans, le métier de dentiste était en enfance et aussi machinal que celui du forgeron. Maintenant, il a pris sa place, sinon parmi les professions libérales exactement, du moins comme leur très proche parent. D'où je déduis que le fondement d'une bonne éducation générale est nécessaire pour permettre au candidat de passer les examens préliminaires.

« Il existe, à cette heure, plusieurs Ecoles dentaires aux Etats-Unis : le collège de chirurgie dentaire de Pensylvanie et l'Ecole dentaire de New-York notamment, où les femmes sont admises sur le même pied que les hommes. La durée des études y est de trois années : à Philadelphie les droits scolaires sont d'environ 130 schellings par an ; à New-York, un quart de plus. Dans les deux villes, le prix de la pension est, ce qu'on veut, en général, fort peu élevé.

« On acquiert dans les 3 années, les connaissances médicales relatives à l'art dentaire. Le collège de Pensylvanie, par un arrangement spécial avec le collège médical de Jefferson, permet aux étudiants d'acquérir les titres de docteur et de dentiste, en cinq années. On voit, en conséquence, qu'il faut des ressources pécuniaires pour devenir dentiste ; sans doute, il est des étudiants qui ne peuvent suffire à ces frais et qui cependant arrivent à leurs fins ; mais les jeunes femmes ne pourraient aisément réussir comme eux, même avec leur faculté de se surmener comme travail et même de faire des sacrifices de nourriture. Il est préférable pour elles

de travailler d'abord, pour s'assurer par avance les ressources indispensables, que de courir une aventure qui entraînerait de grands risques pour leur santé et leur intelligence.

« En résumé, le but à atteindre est bien adapté aux convenances de la femme, et grand nombre d'entre elles sont arrivées à de belles situations. En 1869, une Prussienne fut la première à se faire une situation; ce n'est qu'en 1874 qu'elle eut une imitatrice, une jeune femme de Pensylvanie ; en 1880 ce fut une autre Allemande; depuis, dans cet institut, on a délivré 60 brevets féminins. »

Le doyen de l'Ecole de Pensylvanie, Dr Pearce prétend qu'elles réussissent bien et gagnent de 5 à 7 mille francs, à New-York ou ailleurs. Nous ne pouvons donner de détails sur chaque cas; en général, les femmes réussissent très bien, mieux même que les jeunes gens, et il est probable que des rapports également favorables viendraient des autres écoles où les femmes sont admises. (*Traduit du Public Healt Journal.*)

Nous sommes partisans de l'entrée, dans la profession de dentiste, des jeunes femmes et surtout des filles de médecins qui, chargés de famille, pourraient procurer eux-mêmes, à un de leurs enfants, une éducation médicale spéciale, très limitée et facile à inculquer. La jeune fille arriverait ainsi à l'école dentaire pour acquérir la partie technique spéciale, pour laquelle elle aurait trois années et une avance considérable sur ses camarades d'études. Nous avons admis les femmes pharmaciens; nous admettons bien plus volontiers encore les femmes dentistes, surtout quand elles ont une origine médicale. Il faut absolument envisager de face et d'une façon pratique, les moyens, pour les médecins, de caser leurs enfants d'une manière économique, puisque laplupart du temps, ils ne peuvent assurer, surtout à leurs filles, la dot sans laquelle éducation soignée, vertus de tout genre sont de peu de prix dans les conventions matrimoniales : les médecins doivent rechercher cette carrière presque médicale, qui fournit à leurs enfants l'indépendance qu'elles ne trouveront plus même munies des brevets les plus supérieurs.

A Paris il existe deux écoles dentaires : l'une se nomme Ecole dentaire de Paris, 57, rue Rochechouart ; l'autre, Association de l'Ecole odontotechnique, 3, rue de l'Abbaye.

Sur demande au Secrétaire, nos confrères recevront les programmes détaillés, qui les guideront dans la voie, que nous conseillons de propos délibéré, et nous serions, en toutes circonstances, à leur disposition pour les aider et pour recommander chaudement leurs enfants à nos amis des deux écoles dentaires.

A. C.

LA SEMAINE MÉDICALE

Régime alimentaire des goutteux.

Voici d'après M. le professeur *Proust* quel doit être le régime alimentaire des goutteux:

Un gramme de substances albuminoïdes, ou d'hydrate de carbone correspond à 4,3 calories; un gramme de graisse équivaut à 9,4 calories.

L'homme adulte dépense chaque jour de 2,500 à 3,000 calories.

Un régime, qui ne fournirait que 2,500 calories serait insuffisant ; celui qui en donnera plus de 3,000 sera excessif.

L'application de ces données, leur traduction en régime alimentaire n'est pas sans présenter quelques difficultés. Cependant on peut dire que la ration normale ou ration d'entretien d'adulte doit être représentée à peu près par 100 gr. d'albumine, 45 gr. de graisse, et 400 gr. d'hydrate de carbone.

Cette ration d'entretien peut être fournie par les aliments suivants: 500 gr. de pain qui renferment 250 gr. d'hydrate de carbone et 30 gr. d'albumine ; 400 centimètres cubes de lait qui contiennent 20 à 25 gr. d'hydrate de carbone et 20 gr. d'albumine ; 300 gr. de pommes de terre, qui renferment 60 gr. d'hydrate de carbone et 4 gr. d'albumine ; 400 gr. de carottes, navets, fruits, légumes verts, qui renferment 15 à 20 gr. d'hydrate de carbone, et 250 gr. de viande de boucherie maigre qui contiennent 50 gr. d'albumine, auxquels il faut ajouter les hydrates de carbone du dessert et le sucre pris en nature. La quantité d'albumine est un peu au-dessous de 100 gr., mais l'albumine végétale est moins bien utilisée que l'albumine d'origine animale.

Il va de soi que cette ration d'entretien doit être augmentée pour l'homme qui se livre à un dur travail, diminuée pour la femme, le vieillard, etc.

Le candidat à la goutte et le goutteux, surtout s'ils ont tendance à l'obésité, devront rester au-dessous de la ration normale. Ils devront amener ou ramener leur poids autant que possible au poids normal. Lorsqu'ils y seront parvenus, ils chercheront à s'y maintenir.

Comme nous l'avons déjà dit, ce n'est pas seulement la quantité de nourriture qui doit être visée dans le régime du goutteux; il convient aussi de faire un choix parmi les aliments. On peut sous ce rapport les diviser en trois classes: aliments interdits, d'un usage très modéré, et enfin aliments permis.

I. *Aliments interdits.* — Mets fortement épicés, salaisons. Mets faisandés, fromages forts. Ecrevisses. homards, coquillages. Charcuterie, sauf le jambon. Poissons d'une fraîcheur douteuse. Champignons, truffes. Tomates, oseille, rhubarbe. Sucreries : dragées, petits fours.

Bière forte. Cidre doux. Porto, Xérès, Bourgogne, vins aigrelets. Boissons riches en essences: absinthe, vermouth, amers, chartreuse et liqueurs similaires.

II. *Aliments dont il ne faut user que d'une façon très modérée.* — Gibier noir. Poisson de mer, huîtres. Sucre, pâtisserie. Fruits acides : groseilles, framboises, fraises, pommes, poires. Asperges.

Vins rouges de Bordeaux, vins de la Moselle, du Rhin, de Champagne. Rhum, cognac (sous forme de grogs légers). Thé et café forts.

III. *Aliments permis.* — Pain. Viande de boucherie. Foie gras. Jambon modérément salé. Œufs sous toutes les formes. Lait, laitages non acides. Fromage blanc, fromages peu odorants. Pois, haricots, lentilles, riz. Salsifis, scorsonères, crosnes. Oignons, carottes, navets, betteraves. Artichauts. Melon, potiron. Pommes de terre (de préférence en purée, étuvées ou cuites à l'eau). Tapioca, sagou, arow-root. Macaroni

nouilles, vermicelles et pâtes italiennes. Légumes verts de tout ordre à l'exception des légumes acides (tomates, oseille, etc.). Salades modérément vinaigrées. Pêches, raisins, fruits et amandes. Poires, pommes en quantité modérée (sans être pelées de préférence).

Eau ordinaire. Eaux de table indifférentes, peu gazeuses, légèrement alcalines ; de temps en temps vin blanc (Bordeaux) largement coupé d'eau. Vin de la Moselle. Cidre bien fermenté, coupé d'eau. Thé léger, grogs légers de temps en temps.

Traitement de la cystite blennorrhagique.

M. le Dr *Marco Charalambief* indique dans sa thèse (1) la formule des boissons qui sont généralement prescrites dans le service de l'hôpital du Midi et qui, associées au régime lacté et au repos au lit, constituent un élément important du traitement le plus généralement employé dans la cystite blennorrhagique.

Le biborate de soude est fréquemment prescrit par M. Balzer à tous les malades atteints de cystite aiguë. Il le prescrit à la dose de 6 grammes en solution :

Biborate de soude.... 30 grammes.
Bicarbonate de soude 10 —

Mêlez deux cuillerées à café dans un litre de limonade au citron à prendre dans la journée. Le biborate de soude s'élimine rapidement par les urines auxquelles il donne une coloration légèrement jaune-verdâtre ; il agirait simplement comme alcalin (Berlioz).

Le salicylate de soude, qui a été employé avec succès par un grand nombre d'auteurs, est surtout prescrit par M. Balzer dans la cystite compliquée de rhumatisme blennorrhagique, le plus souvent en solution :

Salicylate de soude... 4 à 6 gram.
Sirop de limon...... } ââ 60 gram.
Eau de menthe...... }

Une cuillerée à bouche toutes les heures.

M. Balzer l'associe encore au bicarbonate de soude :

Bicarbonate de soude... 30 gram.
Salicylate de soude...... 10 —

Mêlez deux cuillerées à café, dans un litre de limonade au citron, à prendre entre les repas dans les vingt-quatre heures.

Si la cystite ne s'améliore pas, il faut recourir aux instillations de sublimé ou de nitrate d'argent.

Sérothérapie de la rougeole.

La *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale* donne le résumé d'un travail du Dr *Neisbecker* sur la possibilité de traiter la rougeole par la sérothérapie.

L'idée d'utiliser dans le traitement des maladies infectieuses, le sérum d'individus immunisés contre ces maladies, a pris corps à partir du moment où l'on a démontré l'existence d'antitoxines dans le sang de sujets convalescents de ces maladies. Cette démonstration a été faite pour la première fois par Klemperer pour la pneumonie, par Stern pour la fièvre typhoïde, par Klemperer et Lazarus pour le choléra.

(1) In-18. Chez J.-B. Baillière, 1896.

Dans quatre cas de rougeole, l'auteur a expérimenté l'action du sérum provenant de convalescents de cette maladie. Les résultats ont été, d'après lui, des plus satisfaisants. Il fait remarquer que certain de ces cas étaient très graves, accompagnés d'une température très élevée, de délire, etc. Dans l'un d'eux particulièrement grave, six heures après l'injection de 13 grammes de sérum, l'apyrexie survint. Dans un autre, compliqué d'une pneumonie qui inspirait les plus grandes inquiétudes, le résultat fut des plus remarquables. L'avenir jugera.

Le phosphorisme à l'Académie.

La majeure partie de la séance a été consacrée à la discussion du rapport de la commission du *phosphorisme*, rapport lu par M. Vallin et dont voici les conclusions :

1° Il est urgent de faire cesser l'insalubrité qui persiste dans un grand nombre de manufactures d'allumettes en France ;

2° La suppression du phosphore blanc est le seul moyen capable d'assurer l'assainissement définitif de cette industrie ;

3° L'emploi général de machines automatiques perfectionnées est une ressource précieuse, mais à la condition que les opérations nuisibles aient toujours lieu sous des cages vitrées où ne séjourneront pas les ouvriers ;

4° En attendant la réussite complète des expériences en cours, l'insalubrité actuelle pourrait être diminuée par les mesures suivantes : ventilation beaucoup plus active, emploi de courte durée et alternance des ouvriers dans les ateliers dangereux ; sélection initiale et visites médicales périodiques, avec élimination temporaire ou définitive des ouvriers ayant la bouche en mauvais état ; installation plus complète et surveillance rigoureuse des réfectoires, des lavabos, des vestiaires, etc.

M. Magitot prend la défense du phosphore blanc, dont la munipulation n'offre pas le danger qu'on veut bien dire, puisque dans certaines fabriques, où l'hygiène est rigoureusement observée, on ne compte pas d'accidents de phosphorisme, notamment à Alger et à Aix. D'ailleurs, dans certains pays, comme la Suisse et la Belgique, après avoir essayé pendant deux ans la suppression du phosphore blanc, on a cru devoir y revenir de par nécessité économique et devant la facilité avec laquelle, on pouvait remédier à ses inconvénients.

Voici le texte de l'amendement proposé par M. Magitot :

En réponse aux questions adressées à l'Académie par M. le Ministre des Finances sur l'assainissement de l'industrie des allumettes, l'Académie formule son opinion dans les termes suivants :

1° Les connaissances actuelles en matière d'hygiène permettent de réaliser l'assainissement complet des usines d'allumettes sans apporter aucune modification à la technique industrielle.

2° Cet assainissement repose sur la mise pratique des deux procédés suivants :

a) Ventilation forcée des ateliers (ventilation générale, isolée, individuelle, etc., par les moyens dont dispose l'art de l'ingénieur.

b) Sélection ouvrière ne permettant ni l'entrée

ni le maintien dans l'usine de tout ouvrier atteint d'une lésion initiale de la bouche, porte d'entrée de la nécrose.

3° *Ventilation* et *sélection*, toute la prophylaxie est renfermée dans ces deux termes.

4° Les observations et les expériences que fournissent les usines actuelles des allumettes permettent d'affirmer et de prouver l'efficacité complète et absolue des mesures proposées.

5° L'assainissement de toute usine d'allumettes existante est possible d'une façon immédiate, c'est-à-dire dans les délais compatibles avec l'installation d'une machine et avec la réforme graduée et progressive des ouvriers menacés.

M. *Berthelot* a communiqué à l'Académie des sciences les conclusions de M. Magitot ; mais les deux compagnies ont réservé leur vote pour une séance ultérieure.

Le pouvoir antitoxique de la bile.

M. le Dr *Louis Jardon*, de Lyon, a consacré sa thèse à l'étude du pouvoir antitoxique de la bile.

L'orsqu'on établit une fistule biliaire, dit-il, on constate une augmentation du pouvoir toxique des urines, quel que soit le régime alimentaire employé.

L'absence de la bile dans l'intestin est une cause de surproduction de toxines, en même temps qu'une condition défavorable à leur destruction.

Les expériences de M. Jardon permettent de penser que l'augmentation de l'urotoxicité est due :

1° A une surproduction de toxines résultant d'une activité microbienne que favorisent la présence des graisses non digérées et la concentration du contenu intestinal ;

2° A une concentration, qui existe aussi pour les poisons formés et devient une condition défavorable à leur destruction par le foie ;

3° A une torpeur fonctionnelle de ce dernier organe, auquel manque son stimulant physiologique, la bile.

Comme conclusion pratique, M. Jardon conseille d'employer la bile thérapeutiquement, quand elle ne se déverse plus dans l'intestin, soit qu'il y ait un obstacle à l'excrétion, soit que la sécrétion en soit arrêtée.

Dans le premier cas cependant, les graisses étant écartées du régime alimentaire, l'action de la bile serait inférieure à celle de certains produits : le salicylate de soude en particulier, qui, à un pouvoir cholagogue suffisant, joint une action antiseptique que la bile ne possède pas.

Dans le deuxième cas, lorsque la sécrétion est troublée, elle pourrait être influencée avantageusement, à condition, toutefois, de donner la bile avant que des lésions définitives du foie se soient produites. Il sera difficile sans doute de reconnaître exactement ce moment opportun ; cependant les signes tirés de l'examen des urines pourraient servir à préciser ces conditions, sans qu'il soit besoin d'attendre que le mal ait empiré. Une augmentation de la toxicité urinaire, une glycosurie alimentaire facile, la diminution de l'urée, formeraient un syndrôme suffisant à indiquer que le foie faiblit : mais ces signes, alors qu'ils pourraient être modifiés heureusement par l'ingestion de bile, ne s'imposent pas toujours. Ils demandent à être recherchés systématiquement, car s'ils apparaissent d'une façon évidente, il peut être trop tard pour intervenir.

Traitement des fractures de jambe par la méthode d'Helferich.

Les fractures obliques du tibia peuvent être divisées cliniquement en deux catégories :

a. — Les unes, avec peu de déplacement et réduction facile, sans chloroforme, se consolident comme les fractures ordinaires bien qu'après un temps souvent plus long.

b. — Les autres, avec un déplacement notable, ne peuvent être réduites que sous le chloroforme, exigent un traitement très long et présentent fréquemment, soit des retards de consolidation, soit des pseudarthroses.

Les traitements nombreux qui ont été successivement proposés, dans les cas de retard de consolidation, prouvent la difficulté d'obtenir une consolidation solide et rapide. A l'heure actuelle, l'appareil à extension continue de M. Hennequin est l'appareil de choix dans les cas où existe un grand déplacement, mais la méthode d'Helferich peut lui être très avantageusement associée pour hâter la consolidation.

M. le Dr *Franchet* en donne la description suivante dans sa thèse (Paris 1896).

Helferich avait observé qu'en plaçant au-dessus d'un trait de fracture, une bande de caoutchouc modérément serrée, indépendamment des symptômes objectifs, consistant en gêne de la circulation veineuse de retour, œdème, congestion, rougeur du membre, le cal devenait plus douloureux. Il pensa que ces phénomènes douloureux dans le foyer de la fracture étaient l'indice d'une vie plus active, et qu'il y aurait intérêt à favoriser cette congestion pour accroître l'énergie de la réparation osseuse, dans les cas où cette réparation se trouve ralentie ou éteinte.

Il répéta ces applications de bande élastique ; et au bout de quelques séances, d'abord courtes, puis de plus en plus longues jusqu'au maintien permanent de la bande, il s'aperçut que le cal devenait plus résistant et qu'il évoluait vers une rapide et solide consolidation.

En présence de cet intéressant résultat, il résolut d'ériger ce fait d'observation particulier en méthode de traitement général des fractures à consolidation retardée. Il pensa aussi qu'on pourrait utiliser ce pouvoir ostéogénique accru pour reconstituer les os nécrosés et détruits par les suppurations.

M. Franchet conseille d'employer la gouttière plâtrée, de préférence au silicate que préconise Helferich.

L'application du tube élastique se fait au dessus de l'appareil silicaté ou plâtré, généralement au niveau ou un peu au dessus de la partie moyenne de la cuisse. Le tube est maintenu jusqu'à ce que la coloration vineuse des orteils et la douleur au niveau du trait de fracture et au point d'application du lien constricteur, aient montré que la congestion est suffisante.

M. Reclus a modifié la disposition de la bande élastique. Au lieu de l'appliquer simplement au dessus du trait de fracture, il emprisonne le foyer de la fracture par des tours de bande placés au-dessus et au-dessous de lui, à une di-

tance d'environ deux centimètres ; de telle sorte qu'il reste un espace de quatre centimètres, libre de toute constriction.

La circulation se trouve donc entravée au-dessus et au-dessous du point fracturé, tandis que ce dernier est le siège d'une hypérémie.

Environ une demi-heure après l'application de la bande, la peau se tuméfie et prend une coloration rouge et violacée. Pendant toute la durée du traitement, la bande est facilement supportée par le malade, il n'y a aucune douleur notable, mais simplement un engourdissement du pied.

Cette méthode de traitement ne présente aucun danger ; elle a tout au plus des inconvénients. Le plus fréquent est la production de varices ; par conséquent, chez les personnes déjà atteintes de varices volumineuses, il y a contre-indication d'appliquer la bande compressive à la cuisse. Cet inconvénient disparaît avec la modification apportée par M. Reclus, puisque les phénomènes d'hypérémie sont localisés au niveau du trait de fracture.

De même chez les malades atteints de tumeur maligne des membres inférieurs et qui se font une fracture de jambe ; lorsqu'il y a des plaies bourgeonnantes et saignantes, il y a un véritable danger à appliquer la compression, en raison des hémorragies terribles et même mortelles qui peuvent en résulter.

En résumé, la méthode d'Helferich donne des résultats excellents, la consolidation est très rapide. Toutefois, comme elle a l'inconvénient d'amener la formation de varices ou l'accroissement de celles qui existent déjà, et que, de plus, elle est un peu douloureuse et toujours pénible pour les malades, il vaut mieux lui préférer la modification de M. Reclus, qui a donné un résultat si brillant.

MÉDECINE PRATIQUE

Les pituites.

On donne le nom de PITUITES aux régurgitations et aux expuitions aqueuses, provenant de l'estomac, sont elles produites par toute inflammation chronique de cet organe. Le plus habituellement les pituites sont malutinales ; cependant, il y a des pituites vespérales et post-digestives dans certaines affections néoplasiques de l'estomac. Il ne faut pas confondre les vrais pituites ou vomissements « d'eau stomacale », avec les fausses pituites des catarrheux, des bronchiteux et emphysémateux, qui sont constituées par une expectoration spumeuse ptyalique et bronchique. Les fumeurs ont aussi une abondante sécrétion pharyngienne presque tous les matins ; ces fausses pituites sont dues à la pharyngite chronique nicotique. Il est d'ailleurs fréquent de trouver réunies chez la même personne les pituites stomacales et pharyngiennes, car les fumeurs sont souvent des buveurs et c'est l'excès de boissons irritantes qui provoque la sécrétion gastrique.

I

ETIOLOGIE DES PITUITES

Nous venons de dire, en quelques mots, les principales affections qui occasionnent les pituites : la *gastrite des buveurs*, la *pharyngite et la gastrite des fumeurs* ; il en est quelques autres qui provoquent ces mêmes accidents : le *cancer stomacal*, la *dyspepsie* avec *dilatation stomacale* et *gastro succorrhée*, ou maladie de Reichmann, la *gastrite des tuberculeux* et les *régurgitations stomacales hystériques*.

Passons en revue chacune de ces causes.

La *gastrite chronique alcoolique* est la plus habituelle origine des pituites matinales ; et quand nous disons la gastrite alcoolique, nous ne parlons pas seulement de celle des ivrognes, des absinthiques et des buveurs de marc ou de genièvre, nous voulons désigner aussi celle des gourmets et des gourmands de vins fins, des amateurs de vin pur aux repas, des habitués de l'apéritif. Il n'y a donc pas que les débauchés de cabaret et les piliers de marchands de vins, qui ont les pituites de la gastrite alcoolique ; les dilettantes du bon vin et des boissons digestives et apéritives que fabriquent les fallacieux moines de saint Benoît et de saint Bruno, sont aussi les inconscientes victimes d'une forme de gastrite alcoolique qui, pour être raffinée, n'en est pas moins toxique. Les soupeurs au champagne frappé, les buveurs de bocks à la douzaine, les amateurs de café, que dis-je, les anémiques et les névrosées, qui boivent des vins toniques et des élixirs toni-régénérateurs, sans interruption, sont encore des malades à estomac débile, qui se réveillent chaque matin, avec une toux gastrique irritative, accompagnée de nausées et de vomissements aqueux plus ou moins aigres et brûlants.

La pituite est souvent le premier symptôme révélateur de la gastrite chronique, et précède de plusieurs années l'apparition des vomissements alimentaires et bilieux. Il est rare que ces régurgitations d'eau ne soient pas accompagnées de brûlure épigastrique et rétro-sternale qu'on nomme gastroxynsis et pyrosis. Le liquide évacué est habituellement acide et muqueux ; il est composé de mucus sécrété par les glandes gastriques et de liquides fermentés provenant de digestions antérieures ; il contient de l'acide lactique et quelques acides gras. Sa couleur est blanchâtre, parfois jaunâtre ; il est le plus souvent même incolore. Généralement, la quantité de liquide évacué est de 30 grammes à 100 grammes au plus. Sa consistance assez visqueuse nécessite une série d'efforts de toux et de nausées très prolongés.

Nous avons dit que les fumeurs étaient sujets, eux aussi, aux pituites matinales et nous en avons déjà donné la raison : les fumeurs ont le plus souvent de la pharyngite chronique et ceux, qui avalent la fumée et ne salivent pas, ont même de la gastrite chronique nicotique.

D'ailleurs, le dessèchement habituel de la gorge leur procure le besoin de boire fréquemment, et comme c'est rarement de l'eau ou des sirops qu'ils absorbent, presque tous les fumeurs acharnés ont une atteinte plus ou moins légère de gastrite chronique alcoolique. C'est pour cette raison qu'ils ont, chaque matin, un certain nombre de « haut le cœur » et de vomissements pituitaires aqueux ou bilieux.

La grosse majorité des pituiteux sont donc des gens atteints de gastrite chronique alcoolique et tabagique. Mais à côté de ce très nombreux groupe, viennent se ranger d'autres catégories de malades, qui ne sont pas des victimes

de l'intempérance, mais simplement des malades absolument irresponsables de leur mal.

Ce sont d'abord les cancéreux gastriques :

Le *cancer gastrique* est souvent latent pendant de longues années ; mais, sa latence n'est le plus souvent que relative pour ceux qui savent bien observer. Outre l'amaigrissement, les signes de dyspepsie, le dégoût pour la viande, les crises de diarrhée et de lientérie, on note souvent, au début du cancer de l'estomac, des *pituites matinales* ou *vespérales* que l'on désigne sous le nom d'eaux du cancer. Ces pituites ne sont pas quotidiennes, mais quelquefois très espacées et ne se renouvellent pas très fréquemment. Comme celles de la gastrite chronique, elles sont filantes, visqueuses, de réaction acide ou neutre, et contiennent souvent des sarcines et parfois quelques cellules cancéreuses révélatrices.

Les pituites peuvent se voir encore dans la période confirmée et cachectique du cancer ; toutefois, elles changent de caractères et deviennent plutôt des vomissements alimentaires, putrides ou sanguinolents.

Les *dilatés de l'estomac* atteints de la maladie de Reichmann, c'est-à-dire d'une sécrétion exagérée de mucus gastrique (gastrosuccorrhée) ont à tous moments de la journée ou de la nuit, d'abondantes régurgitations de liquide qui provoquent de violentes nausées. Ces malades éprouvent tous les symptômes habituels de la dilatation : pesanteurs et gonflements après les repas, nécessité de desserrer leur ceinture, vertiges, céphalées, migraines, éructations, glouglou, clapotage stomacal étendu, gastroxynsis et pyrosis lientéric ou constipation ; puis tous les quatre, six, ou huit jours, après des crises douloureuses gastriques assez vives, ou au contraire sans douleurs préalables, d'abondantes gorgées d'eau refluent de l'estomac vers le pharynx et sont expulsées sous forme de pituites muqueuses incolores.

Les acides de fermentation lactique et butyrique s'y trouvent en abondance.

Les *tuberculeux*, soit au début, soit à la période confirmée de la phthisie pulmonaire, ont fréquemment des troubles gastriques dyspeptiquas qui s'accompagnent de pituites et de régurgitations muqueuses plus ou moins abondantes.

Les *parasites intestinaux*, *les tœnias* et *botriocéphales*, provoquant par leur présence une gastrite assez intense, donnent lieu à des *pituites* tenaces, qui ne cèdent qu'à l'expulsion du parasite.

Enfin, les femmes *anémiques*, *chlorotiques* et surtout *hystériques* ont parfois des crises gastralgiques très intenses, qui sont accompagnées ou se terminent par des nausées et l'expulsion de gorgées d'eau acide et brûlante.

II

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE.

Il est fort aisé, d'après les caractères, que nous avons précisés, de reconnaître une véritable pituite stomacale d'une expectoration bronchitique ou emphysémateuse. L'expulsion du liquide s'est produite après des nausées, et de violents efforts ; le liquide est aqueux, filant, non aéré, non spumeux, il a une réaction acide et une légère coloration jaunâtre bilieuse. Tels sont les caractères de la pituite. Au contraire, l'expulsion a suivi une violente quinte ; elle s'est produite en plusieurs à-coups, sous forme de mousse blanche, nettement spumeuse et aérée, ou mélangée de crachats muco-purulents jaunâtres. Ce sont les caractères de l'expectoration emphysémateuse, catarrhale, des vieillards.

Donc, point de difficultés pour reconnaître une pituite. D'où vient-elle ? Quelle en est la cause ? Neuf fois sur dix, le malade convenablement interrogé, finira par reconnaître qu'il est un peu intempérant et qu'en somme, il a de la gastrite chronique alcoolique ou tabagique. Le dernier dixième des cas représente soit le cancéreux gastrique avec sa teinte jaune-paille des téguments, son amaigrissement progressif, son âge de 50 à 60 ans, soit la jeune chloro-anémique dilatée de l'estomac, ou hystérique, avec son teint jaune verdâtre, ses essoufflements, ses lipothymies, ses migraines, ses nausées et ses vomissements. Tels sont les éléments qui pourront permettre de résoudre la question de l'étiologie.

III

TRAITEMENT.

Il est incontestable qu'avant de chercher à instituer un traitement des pituites, il faut établir le diagnostic étiologique.

Le premier point est l'étude du régime alimentaire et des boissons. Il faut régler la quantité et la qualité des boissons et du tabac. Le mieux serait la suppression pure et simple du vin et du tabac ; les buveurs d'eau n'ont jamais de pituites.

Mais, on ne peut pas arriver d'emblée à ce résultat chez bien des malades, il faut se contenter de défendre l'usage du vin pur, fût-il des premiers crûs de Bordeaux ou de Bourgogne et à plus forte raison, quand il provient des coupages empoisonnés de MM. les cabaretiers.

Il faut aussi réduire la quantité à un litre en 24 heures, au grand maximum ; la ration modèle est une bouteille par jour.

De plus, il est préférable de prendre du vin blanc, moins riche en tannin que le vin rouge, et par suite, moins lourd pour l'estomac affligé de gastrite. Le vin blanc sera, comme le rouge, additionné d'eau pure filtrée ou d'eau légèrement gazeuse. Le tabac sera notablement diminué et, si possible, supprimé !

Enfin, le grand sacrifice à faire est celui des apéritifs et des digestifs alcooliques. Là, est le vrai secret de la guérison des pituites ; « oubliez votre bitter ou votre guignolet et vous verrez disparaître vos pituites ». Le café noir pris deux ou trois fois par jour, les bocks de bière, le champagne sont autant de breuvages dangereux pour les pituiteux, quand ils sont absorbés trop fréquemment ou sans modération.

Quant aux eaux minérales, la meilleure est celle qui l'est le moins ; les eaux gazeuses, les eaux de Seltz sont trop excitantes ; mieux vaut l'eau de source pure. Les aliments seront faciles à digérer: on choisira de préférence les viandes rôties, les purées de légumes, les compotes de fruits ; on exclura les ragoûts, les fromages forts, les gibiers, les condiments violents, qui irritent la muqueuse stomacale.

Autant que possible, les repas seront réguliers ;

les aliments seront convenablement mastiqués ; enfin les boissons seront prises en petite quantité au dîner comme au déjeûner ; un court repos à la fin de chaque repas est indispensable pour permettre à la digestion de s'effectuer convenablement.

Nous arrivons maintenant à la partie médicamenteuse du traitement. Elle est parfois inutile et l'hygiène alimentaire suffit souvent quand elle est rigoureusement observée. Dans cette étude des médicaments, nous parlerons d'abord de ceux qu'il ne faut pas prendre, puis de ceux qui conviennent le mieux.

Les médicaments à éviter sont les vins et élixirs toni - digestifs à la kola, à la coca, au quinquina, au maté, aux glycérophosphates, à la gentiane, à l'écorce d'orange amère, etc. Les eaux alcalines fortes, les dissolutions concentrées de bicarbonate de soude sont également contre-indiquées dans les pituites de la gastrite. Egalement à éviter, les vomitifs, les purgatifs violents que réclament souvent les pituiteux pour « se dégager l'estomac », comme ils disent vulgairement. Quant aux moyens révulsifs appliqués sur l'estomac, ils ne réussissent jamais à calmer les pituites.

Les principaux médicaments à opposer à la pituite sont les absorbants stomacaux et les digestifs artificiels chimiques et moteurs. Les absorbants sont les poudres de magnésie calcinée, de craie préparée, de charbon, de naphtol β, de benzonaphtol, de salicylate de bismuth et de magnésie, de salol, d'orphol, etc. Ces poudres médicamenteuses, peuvent se prescrire isolées ou associées en cachets ou par cuillerées dans du lait ou granulées avec du sucre. On les fait absorber, quelques heures après les repas ou le matin à jeun, avant l'apparition de la pituite.

De bonnes formules contre les pituites sont les suivantes :

Salol pulverisé.............. ..	2 gr.
Charbon de peuplier..........	3 gr.
Magnésie calcinée.............	5 gr.

à diviser en vingt cachets, faire prendre deux cachets à jeun le matin et deux cachets en se couchant.

Naphtol β.....................	1 gr.
Salicylate de magnésie........	2 gr.
Charbon de Belloc............	3 gr.
Craie préparée................	4 gr.

à diviser en 20 cachets, deux cachets, trois heures après chaque repas.

L'eau alcaline légère est excellente aussi contre les pituites matinales, à condition de ne contenir qu'un à deux grammes de bicarbonate de soude par litre et d'être légèrement gazeuse.

Pendant quinze jours chaque mois, on remplacera le vin aux repas par du lait coupé de cette eau alcaline et gazeuse, ou si le lait est mal supporté, on prendra du thé léger, des grogs faibles, de la bière de table peu alcoolique, quoique cette substitution ne vaille pas le lait.

Le café sera interdit, ainsi que le tabac, pendant environ trois mois et le régime sévère sera exécuté strictement pendant ce même laps de temps.

Parmi les médicaments digestifs chimiques et moteurs, les principaux sont : la *pepsine* en paillettes, la *pancréatine*, l'*acide chlorhydrique* officinal, le *bicarbonate de soude*, les *gouttes amères de Baumé*, la *teinture de noix vomique*. On peut prescrire à la fin de chaque repas ou mieux, au milieu des repas, entre deux principaux plats, des solutions d'acide chlorhydrique officinal à un ou deux pour cent, suivant les cas, ou bien des cachets de pepsine et pancréatine avec poudre de noix vomique et bicarbonate de soude, ou enfin des gouttes de Baumé ou de teinture de noix vomique. Exemple :

Acide chlorhydrique officinal	1 gramme.
Essence de menthe..........	X gouttes.
Eau distillée................	200 grammes.

Une cuillerée à soupe ou 2 à chaque repas, selon la constitution des personnes.

Pepsine en paillettes.........	5 grammes.
Pancréatine pure...........	3 grammes.
Bicarbonate de soude........	2 grammes.
Poudre de noix vomique.....	1 gramme.

A diviser en vingt cachets. En prendre deux au milieu de chaque repas.

Tel est le traitement des pituites de la gastrite chronique alcoolique.

Contre les pituites du cancer, on donne volontiers aujourd'hui la solution de chlorate de soude indiquée par le Dr Brissaud :

Chlorate de soude pur.....	40 grammes.
Teinture de badiane.......	2 grammes.
Eau distillée..............	300 grammes.

Une cuillerée à soupe CINQ fois par jour au début ; puis deux cuillerées à soupe CINQ fois par jour, progressivement.

Contre les pituites des dilatés dyspeptiques, on aura recours au même traitement que pour la gastrite chronique : régime strict des aliments et des boissons, repos après les repas, cachets absorbants matin et soir, cachets digestifs ou solution chlorhydrique selon qu'il y a constipation ou diarrhée habituelles, au moment des repas. Contre la gastrite avec pituites des tuberculeux, on emploiera les cachets absorbants et les lavages de l'estomac au moyen du tube de Debove et d'une solution alcaline bouillie.

Enfin le massage et les maillots humides suffisent la plupart du temps, avec un peu de suggestion, à triompher des pituites des hystériques et des chlorotiques.

Dr Paul HUGUENIN.

OBSERVATIONS ET CLINIQUE

Rhumatisme polymorphe et phlébite rhumatismale.

Madame M.... quai d'Ivry, 12, âgée de 44 ans, a vu ses règles jusqu'ici. Pas d'antécédents morbides. Deux grossesses normales ; pas de fausse-couche.

Le 8 novembre 1888, un furoncle anthracoïde se développe à la partie supérieure et antérieure de la cuisse droite. Malgré la douleur occasionnée par cette lésion, la malade va et vient et continue à vaquer à ses occupations.

Pourtant le 15 novembre, Madame M.... est obligée de se mettre au lit, courbaturée et abattue. Elle nous appelle à ce moment ; nous constatons une impotence fonctionnelle complète du

membre inférieur droit. Mouvements douloureux en tous sens. Eschare de la dimension d'une pièce de 50 centimes au niveau du furoncle, dont nous avons parlé plus haut. Cette eschare peu adhérente est enlevée, et il reste une plaie, à bords taillés à pic, d'une coloration violacée, à base d'induration du volume d'un œuf de pigeon. Le fond de cette plaie suppure et le pus semble sourdre par cinq ou six pertuis. Pas de fièvre. Douleur vive le long de la veine saphène interne de la jambe et de la cuisse. Rien dans les urines. Interrogée de nouveau avec soin, la malade n'accuse rien de spécial dans les antécédents.

Les jours suivants, la plaie reste violacée et se cicatrise avec peine. Les veines de la jambe et de la cuisse se gonflent et deviennent douloureuses.

La veine saphène interne douloureuse tout le long de son trajet, formant un cordon dur, est manifestement atteinte de phlébite, notamment à la jambe. Aucune trace de lymphangite. — A peine 38° de fièvre. — Très peu d'œdème.

Du 20 au 25 novembre, le pied droit devient douloureux, surtout au talon. La douleur se propage au cou-de-pied, puis gagne le gros orteil.

25 novembre. Œdème malléolaire. La phlébite s'améliore.

26 novembre. — Point douloureux au niveau de la 8e côte gauche à la partie médiane.

27 novembre. — Douleur vive du muscle sterno-cleido mastoïdien gauche, torticolis — fièvre très modérée.

28-29-30. — Douleur au niveau de la partie interne et inférieure du genou droit, (insertions fibreuses.) — Symptômes de pleurésie sèche à la partie moyenne du poumon gauche, là où le point costal est apparu il y a quelques jours.

1-2-3-4-5 décembre. — Les douleurs du genou droit et du côté gauche disparaissent, mais sont suivies de douleur de la cuisse droite au point d'émergence du nerf sciatique droit. — Douleur dans les aines, au côté droit et au côté gauche de l'abdomen. Douleur de la cuisse gauche. — La pleurésie sèche évolue normalement.

La langue est légèrement blanche, et la fièvre, modérée, ne dépasse pas 38°.

6-7-8-9-10 décembre. — Constipation. Les symptômes douloureux disparaissent ou se déplacent. Le 8, le cou-de-pied droit est douloureux, et une rougeur légère, de la largeur de l'ongle du pouce, apparaît à la partie moyenne, au niveau des articulations tarso-métatarsiennes.

11, 12, 13, 14, 15. — Amélioration des symptômes douloureux. La phlébite est en bonne voie de résolution et la pleurésie sèche guérit. La rougeur du pied droit disparaît. Le 16 décembre, l'amaigrissement de la malade est notable et les digestions sont pénibles.

Accès fréquents de suffocation depuis trois jours ; aucune lésion cardiaque appréciable pourtant. La plaie de la cuisse droite est bien guérie et la phlébite de la jambe droite est en très bonne voie de guérison.

Le 20 décembre une consultation a lieu avec le Docteur B..., médecin des hôpitaux.

Après examen approfondi, le docteur B... trouve cette maladie très-difficile à étiqueter, et il propose de l'appeler : accidents rhumatismaux à évolution lente.

En effet, les différents phénomènes observés se prolongent pendant tout le mois de janvier 1889.

A la fin de ce mois, la phlébite et la pleurésie sont guéries, et l'état général est assez satisfaisant.

Le 1er février, on peut constater une arthrite chronique du pied droit, avec déformations tendineuses consécutives au rhumatisme tendineux, dont cette malade a été atteinte, et attitude vicieuse du pied.

Pendant le mois de février 1889, l'amélioration se poursuit et tous les symptômes de rhumatisme avec leurs conséquences disparaissent pendant le mois de Mars.

Nous pensons que cette observation est rare et intéressante.

Il y a lieu de se demander tout d'abord, à son sujet, si les accidents observés sont bien de nature purement rhumatismale, ou s'il s'agit au contraire de pseudo-rhumatisme infectieux.

La série d'accidents si divers observés, a eu pour point de départ un furoncle anthracoïde, première manifestation en date.

Les accidents consécutifs ne pourraient-ils pas être imputés à une infection déterminée par l'anthrax, et favorisée par la fatigue et le surmenage de la malade, qui n'a pris le lit qu'à bout de forces ?...

La plupart des faits remarqués pourraient parfaitement être expliqués de cette façon ; mais il en est parmi eux, comme la douleur musculaire du sterno-mastoïdien avec torticolis, la pleurésie sèche, la névralgie sciatique, qui rentrent plus difficilement dans le cadre d'accidents infectieux.

De plus, la variété des phénomènes pathologiques observés, leur diversité, leur apparition bizarre et désordonnée pour ainsi dire, la lenteur de la maladie, permettent de conclure à un état rhumatismal prolongé. Comme l'a dit le Dr B... il s'agit d'accidents rhumatismaux — de rhumatisme polymorphe, voire et y compris, peut-être, le furoncle anthracoïde.

Nous voudrions arrêter un instant l'attention sur la phlébite observée chez notre malade.

Il s'agit bien d'une *phlébite rhumatismale* : nous ne pensons pas qu'il soit possible d'en douter.

La phlébite rhumatismale véritable, qui se produit au cours d'un rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, constitue au accident extrêmement rare, suivant le docteur Paul Remlinger, médecin aide-major attaché au Laboratoire de bactériologie du Val-de-Grâce. (Voir « Gazette des Hôpitaux » du 21 avril 1896 : *un cas de phlébite rhumatismale.*)

Selon l'auteur de l'article publié par la « Gazette des Hôpitaux », auquel nous renvoyons pour détails intéressants sur la phlébite rhumatismale, le nombre total des observations de phlébite rhumatismale publiées jusqu'à ce jour, serait de dix-huit.

La phlébite que nous avons observée, quoique non apparue au cours d'un rhumatisme articulaire aigu ou subaigu proprement dit, n'en est pas moins apparue dans le cours d'un état rhumatismal avec manifestations diverses, y compris certaines *localisations articulaires*, et, par cela même, il n'est guère possible de lui refuser le caractère de *phlébite rhumatismale.*

Comme dans l'observatian rapportée par la « Gazette des Hôpitaux », nous avons eu peu d'œdème ; les symptômes inflammatoires ont été peu intenses, et ont assez rapidement disparu ; la fièvre a été très modérée ; l'état général est resté assez bon.

Au sujet de l'étiologie de la phlébite rhumatismale, le Dr Paul Remlinger se demande par quel microbe elle est causée et pense que malgré l'intérêt que la question peut présenter, la ponction d'une veine faite aseptiquement, quoique inoffensive, ne peut être tentée.

Dans notre cas, il eût été très intéressant de rechercher (si la chose eût été possible) le microbe de la phlébite, et de le comparer à celui de l'anthrax par lequel la maladie a débuté.

Le traitement, dans le cas que nous rapportons, a été surtout hygiénique et local.

Le salicylate de soude employé à la dose de 4 à 6 grammes pendant un temps assez long, ne nous a pas donné de résultats appréciables, en ce sens qu'il n'a pas empêché l'apparition des divers accidents qui se sont produits. Peut-être a-t-il hâté la résolution de la phlébite et enrayé les manifestations articulaires. Nous croyons toutefois que son emploi a été de quelqu'utilité.

Dr Courgey.

HYGIÈNE PUBLIQUE

De la désinfection par l'aldéhyde formique (formol) (1).

En écrivant l'article paru dans les nos 1 et 2 du *Concours*, je ne me doutais pas, qu'au même moment, en quelque sorte, M. Trillat faisait une conférence à Rouen et que de nouvelles expériences y étaient faites sous le contrôle du Dr Nicolle, professeur à l'Ecole de médecine, chef du Laboratoire de Bactériologie. Les résultats sont des plus concluants, et je crois nécessaire de les faire connaître (2), d'autant plus que plusieurs confrères m'ayant demandé des renseignements pratiques que j'ai été heureux de pouvoir leur fournir, il me paraît utile d'insister sur ce côté de la question pour convaincre que si la désinfection formique est la seule sérieuse aujourd'hui, elle est en même temps à la portée de qui voudra s'en occuper tant soit peu.

Les recherches du Dr Nicolle sont consignées dans la *Normandie médicale*, 15 janvier et 15 février, que l'on pourra consulter pour plus ample informé.

D'accord avec les autres observateurs, le Dr Nicolle considère comme d'une inefficacité presqu'absolue la désinfection par la pulvérisation du sublimé et les vapeurs de soufre, et il constate que toutes les expériences qu'on a exécutées dans ces derniers temps donnent raison à M. Trillat, qui croit avoir découvert le désinfectant gazeux idéal, actif, vis-à-vis de tous les microbes pathogènes, facile à employer, inoffensif pour les tentures et les objets de prix.

Notons ici ce fait signalé par le Dr Nicolle, l'action du formol sur la gelatine : dans une solution de gélatine, dans l'eau, à 50 %, maintenue tiède et par conséquent liquide, on ajoute quelques gouttes de formaldéhyde; cette solution fait prise immédiatement et se transforme en une masse transparente, insoluble dans l'eau bouillante. C'est le procédé employé au début par M. Trillat pour savoir si les vapeurs formiques avaient pénétré partout. C'est un procédé bien simple, à la portée de chacun de nous, tandis que le contrôle par les cultures et le microscope demande des études et une installation spéciales.

Trois expériences ont été faites à Rouen ; la plus probante dans le Laboratoire de l'Ecole de médecine, composé de quatre salles communiquant entre elles et dont le cube total est de 218 mc. 76. De différents côtés furent disposés comme d'habitude des carrés de toile imprégnés de divers microbes, des instruments de chirurgie, des sondes en caoutchouc, des étoffes teintes avec les matières colorantes employées actuellement dans l'industrie, enfin un morceau de viande.

L'expérience eut lieu le 15 décembre à 2 h. 1/2. L'autoclave avait été rempli aux deux tiers, (environ trois litres 1/2) de formo-chlorol, nom donné au mélange de formol et de chlorure de calcium dont j'ai déjà parlé ; en une demi-heure la pression de trois atmosphères étant obtenue, l'opération commence, c'est-à-dire que l'on introduit le tube malléable dans le trou de la serrure, que l'on bouche avec de l'ouate. Les expérimentateurs étaient restés à l'endroit le plus éloigné de l'autoclave ; en moins de cinq minutes la situation n'étant plus tenable pour eux, ils durent sortir. L'appareil fonctionna pendant 1 heure 10 minutes ; il usa deux litres de formo-chlorol, ce qui fait 600 grammes environ d'aldéhyde formique pure. La température du Laboratoire était à l'heure de l'expérience + 9°. L'opération terminée, on boucha le trou de la serrure.

Vingt minutes après, une première prise de culture fut faite rapidement par un agent de M. Trillat. Le lendemain matin à 10 h., les fenêtres furent ouvertes et au bout de quelques minutes le Dr Nicolle put recueillir lui-même les autres échantillons.

Ces échantillons furent traités comme de coutume et au bout de trois semaines les résultats concordèrent avec ceux des observateurs précédents.

« En résumé, dit-il, au point de vue de la stérilisation des germes, l'expérience faite au Laboratoire est absolument concluante. Aucun des microbes soumis au contact des vapeurs de la formaldéhyde n'a résisté, quelle qu'ait été sa situation dans le local. La stérilisation s'est montrée complète dès la première prise, c'est-à-dire vingt minutes après l'arrêt de l'autoclave, soit 1 heure 1/2 après le début du fonctionnement de celui-ci. Ce point est des plus intéressants, car il démontre la rapidité de ce procédé de désinfection. »

(1) Suite, v. nos 1 et 2.

(2) MM. R. Gambier et A. Brochet ont donné dans la *Revue d'hygiène*, fév. 1895, p. 120, le résultat de leurs expériences par les lampes à aldéhyde formique, résultats identiques à ceux que j'ai mentionnés, mais seulement pour les petits espaces, ce qui est conforme aux conclusions de MM. Vaillard et Lemaire (Commission du Val-de-Grâce) que, pour les grands espaces, pour être sûrement actives, les vapeurs de formol devront être dégagées rapidement et en grande quantité. V. également Galibert, Thèses de Montpellier 1895-96 : « de la désinfection pratique par les vapeurs de formo

Les instruments de chirurgie et les sondes sont restés intacts, de même que les étoffes. Un écheveau de coton teint avec de la fuchsine a viré légèrement au bleu, mais il faut remarquer que la fuchsine n'est plus employée en teinture.

Le morceau de viande s'est conservé sans altération pendant plusieurs semaines ; mais on sait que cette viande est alors indigestible, inassimilable, et l'on ne peut se servir du formol pour les conserves alimentaires, comme on l'avait d'abord espéré. Ce procédé, puni par la loi en Autriche, serait, dit-on, encore en pratique en Allemagne. Ajoutons, en passant, que le formol conserve aussi très bien le lait, mais que de même, on ne peut le digérer.

Ici encore les expériences ont montré que, faute d'une pression impossible dans un local, les vapeurs formiques ne pénètrent pas dans les matelas, etc., et que l'autoclave ne supprime pas le recours à l'étuve. Il faut donc, comme le dit le Dr Bosc, éventrer les matelas, etc.

Ces résultats ont paru tellement concluants que la *Société normande d'hygiène pratique*, après avoir entendu le Dr Nicolle, a décidé de faire des démarches auprès de la municipalité de Rouen pour lui demander de recourir à ce procédé de désinfection et, de plus, a fait faire un tirage à part de son rapport (il en a été tiré 1.900 exemplaires).

Tous les expérimentateurs sont donc d'accord pour conclure que la désinfection par le formol est la seule sérieuse et que l'autoclave est le seul moyen de produire ces vapeurs rapidement et en grande quantité, comme le demande la Commission du Val-de-Grâce.

Aussi me paraît-il utile de revenir sur le fonctionnement de cet appareil. Comme je l'ai dit (*Concours médical* du 9 janvier), la manœuvre de l'autoclave est des plus simples, et d'autant plus facile que l'on envoie un agent de la Maison de Paris pour faire la première désinfection et que cette seule leçon suffit. Point n'est besoin d'un mécanicien ; un ouvrier serrurier, ferblantier, etc., est capable de soigner et de faire marcher l'appareil (1).

La lampe au pétrole, d'un système ingénieux, mais très simple, amène rapidement la pression suffisante, une demi-heure, nous l'avons vu, pour le laboratoire de Rouen, 218 m. c.

Souvent un autoclave suffit; pour une maison importante, un hôtel, mieux vaudrait en avoir deux. Nous avons vu désinfecter un Collège avec trois autoclaves, en deux fournées.

Pour entrer dans la pièce désinfectée, quelques précautions sont à prendre. Avec l'appareil on livre une espèce de pince-nez qui ferme les narines et des lunettes à monture de bois qui isolent bien les yeux, car les vapeurs de formol produisent une forte irritation, passagère il est vrai, de la conjonctive. Muni de ces deux objets protecteurs, le mouchoir sur la bouche, on court à la fenêtre que l'on ouvre rapidement, procédé suffisant pour un petit local, un petit appartement. Mais quand une maison plus grande, un grand appartement, ont été désinfectés, le seul moyen d'ouvrir les fenêtres sans danger pour aérer tout le local, c'est de se munir du sac à air, sac de caoutchouc d'une contenance de 100 litres, je crois, que l'on se met sur le dos comme un sac de soldat, et qui permet de circuler sans danger.

Quelques heures d'aération suffisent et l'on peut coucher le soir dans l'appartement, comme j'ai pu le constater dernièrement.

La désinfection étant rapidement complète et l'appartement pouvant être ouvert, au bout d'une heure, d'après les dernières expériences, il s'ensuit qu'avec un seul autoclave, on peut désinfecter deux petits appartements dans une matinée et l'aération, toute l'après-midi, permet d'y coucher le soir.

Tels sont les renseignements que j'ai pu recueillir sur la désinfection formique, que j'ai cru devoir fournir aussi explicites que possible, étant donné l'avis unanime des expérimentateurs pour reconnaître la supériorité, j'allais dire la perfection de ce procédé et pour rejeter complètement les pulvérisations de sublimé et les vapeurs de soufre. On sera cependant obligé de recourir aux pulvérisations jusqu'à ruissellement dans les taudis mal joints où les vapeurs formiques ne séjourneraient peut-être pas suffisamment.

On remarquera quelques divergences entre cet article et le précédent: c'est que depuis les expériences du Dr Bosc, 13 mai 1896, M. Trillat est arrivé à diminuer la quantité de liquide et la durée d'action des vapeurs.

J'apprends au dernier moment que de nouvelles expériences viennent d'être faites à Lille par M. Trillat et qu'il va en faire d'autres à Nancy. Comme on le comprendra, d'après le désir des Facultés et des Ecoles de médecine de se rendre compte par elles-mêmes de la valeur de la désinfection par l'autoclave, il est évident que personne n'est satisfait de la désinfection actuelle et que nous ne sommes pas loin du jour où la désinfection formique sera obligatoire pour les locaux, à l'exclusion de tout autre procédé. J'espère pouvoir bientôt dire quelques mots des expériences de Lille et de Nancy dont on m'a promis de me communiquer les résultats.

Dr Lemaire (du Tréport).

(1) Au Tréport, j'ai recours à un journalier intelligent, homme de toute main, qui, avec le brigadier de police, se tire très bien de ses nouvelles fonctions. Il est toutefois bien entendu que, dans les villes, qui ne comportent pas une Entreprise particulière de désinfection et où par suite, la Municipalité devra s'en charger, il est bien entendu, dis-je, qu'il sera toujours nécessaire de mettre ce service sous la direction d'une personne compétente, de préférence un médecin ou un pharmacien.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Difficultés de la désinfection dans les maladies transmissibles.

L'obligation s. v. p!

On sait que les services de désinfection sont appelés à fonctionner après décès ou guérison d'une personne atteinte de maladie transmissible — ou au cours de la maladie.

Les agents ne pénètrent que si on le leur demande ou si on les autorise, dans la chambre occupée par le malade.

En cours de maladie, ils désinfectent les pièces que le malade a habitées, et en cas de maladies intestinales, les cabinets d'aisances, puis ils

emportent les linges et les effets souillés qui sont désinfectés à l'étuve, soit à la station, soit à la porte de la maison, par les étuves mobiles. — Ils laissent un sac destiné à recevoir — avant de les envoyer au blanchissage — les linges salis en cours de maladie, pour le reprendre à des intervalles plus ou moins éloignés, selon le DÉSIR DES FAMILLES, — dit le rapport de M. A. J. Martin sur le service municipal à Paris en 1894. — Une fois la maladie terminée par guérison ou décès, on désinfecte la chambre du malade et son contenu.

En cours de maladie la désinfection est surtout utile à titre préventif, car il peut être trop tard de la pratiquer après guérison ou décès (Rapport. A. J. Martin, 1894.)

Ces mesures de désinfection sont bonnes et il serait à souhaiter qu'elles fussent pratiquées de la sorte, toujours et dans tous les cas.

Il est certain qu'en 1893-94, elles ont suffi à arrêter la marche d'une épidémie de variole qui est restée bénigne, grâce à elles. — Dans les cas de fièvre typhoïde, de diphtérie, de scarlatine, etc., elles rendent des services manifestes, incontestables, en arrêtant la propagation de ces maladies contagieuses.

Mais, que les résultats seraient encore plus heureux si la technique de la désinfection, c'est-à-dire si la pratique de l'opération, était bien précisée pour chaque cas ; si, au lieu de s'inspirer du *désir des familles*, on pouvait imposer les mesures et les rendre obligatoires dans toutes les maladies transmissibles, y compris surtout la *tuberculose*.

Nous savons bien que les mesures légales et administratives seront toujours insuffisantes, et que, pour arriver à un résultat plus complet, l'action du médecin est le facteur principal de la bonne hygiène.

Le médecin, par des recommandations d'isolement et l'hygiène du malade, par des désinfections partielles sur et autour du malade, par des exhortations à l'entourage qu'il instruira et persuadera, fera beaucoup et presque tout. — Aidé par les services publics de désinfection, ses efforts seront couronnés de succès ; mais pour cela il faut qu'il soit *armé*.

Or les pouvoirs commencent par s'armer contre lui, comme s'ils suspectaient son dévouement. — On le force à obéir à des lois d'intérêt général, que les particuliers peuvent braver impunément.

C'est le médecin qu'on oblige à faire de l'hygiène, au lieu d'y obliger les autres : c'est comme qui dirait obliger le prêtre d'aller à la messe !...

Rien d'ailleurs n'est plus difficile que de savoir quand et comment il faut faire désinfecter, dans bien des cas. C'est pourquoi l'accord de tous est si nécessaire.

Supposons, par exemple, un cas de scarlatine dans une famille où il y a plusieurs enfants.

La scarlatine est une maladie des plus fréquentes, des plus contagieuses, celle où la période et les éléments de contagion sont mal définis, encore mal connus, et où, par suite, on ne sait à quel moment désinfecter et combien de fois il faut le faire.

Le médecin traitant (qui a souci de l'hygiène) éloigne d'abord les enfants non atteints, isole son malade, prescrit les mesures de désinfection usitées et indique les précautions à prendre pour éviter la propagation de la maladie. Ensuite, il jette à la poste une carte pour le maire de la localité ; — dans le Département de la Seine, une deuxième carte pour le Préfet de Police, et dort tranquille, s'en rapportant quant au reste à l'administration.

Mais, il est bientôt réveillé par les plaintes des parents, commerçants ou non, qui lui en veulent d'avoir envoyé quelqu'un enquêter chez eux, — d'avoir dévoilé la maladie de ses clients, — d'avoir fait venir une machine qui a tout brûlé, etc. Il est même quelquefois poursuivi par les familles (consulter à ce sujet les médecins de province). Bref ! le médecin souffre matériellement (nous pourrions citer plusieurs exemples personnels) d'avoir fait son devoir, — la désinfection est faite à contre-temps, — ou elle n'est pas faite, car souvent les intéressés refusent de signer l'autorisation qu'on *leur demande pour la faire*, ou disent à l'administration de repasser *tel jour*.

Et c'est ainsi que cela se passe, en dépit du bon sens, sans profit pour l'hygiène dans bien des circonstances, et avec des airs de tracasserie, qui font prendre le médecin en grippe et le font regarder comme quelqu'un qui se mêle de ce qui ne le regarde pas !

Dans la plupart des cas, il faut le reconnaître, l'autorité du médecin est suffisante pour faire accepter aux familles toutes les mesures qu'il jugera bon de prendre. Mais, dans d'autres, le médecin n'étant pas encouragé à remplir complètement son rôle d'hygiéniste, à cause des résistances, des difficultés possibles et étant navré de sentir sa bonne volonté manquer de sanction, reste indifférent aux résultats : la carte a été envoyée à qui de droit, n'est-ce pas suffisant ?

Il faut bien l'avouer, le médecin cherche alors à faire retomber sur l'administration la responsabilité de la situation et à dégager la sienne. — Qui donc lui donnerait tort ?

Combien pourtant cette question serait simple, si la déclaration était obligatoire par les familles, maîtres d'hôtel, etc. ?

Alors, le médecin n'aurait qu'à parler aux récalcitrants de l'amende et de la pénalité encourues par eux s'ils ne se conforment pas aux mesures prescrites, et les récalcitrants s'exécuteraient. — L'administration viendrait désinfecter pendant et après la maladie, prendre les linges contaminés, d'accord avec le médecin qui serait ponctuellement obéi, car il aurait pour point d'appui, la *loi*.

L'hygiène, on le sait, est au-dessus de tout, au point de vue de la santé publique. C'est le salut de l'individu, des villes, et des nations ; mais elle ne peut être sérieusement faite qu'avec le secours de l'Etat.

Compter sur la moralisation du public à ce sujet, c'est compter sans son hôte, et, dans tous les cas, c'est du temps perdu.

Le médecin est le premier agent dévoué et *désintéressé* dans cette lutte contre la maladie et la mort. Ceci est hors de doute ; mais si l'on veut que son zèle soit utile et son rôle efficace, il faut l'aider et non le menacer.

On ne peut pas plus le mettre à l'amende, que l'on ne peut y mettre l'*autorité publique*, qui n'agit pas toujours rapidement et quelquefois n'agit pas du tout, même lorsque le médecin a déclaré.

Pour donner une idée de la manière dont l'administration intervient dans ces questions d'hygiène, nous dirons que, dans la banlieue, des instructions sont remises aux chefs mécaniciens désinfecteurs ou aux chargés d'étuves, instructions qui les obligent à faire revacciner leur personnel. Or ces instructions restent ignorées du personnel la plupart du temps, et quand il s'agit de les appliquer, ce personnel, *variable*, exposé à tous les dangers, résiste lui-même aux mesures d'hygiène les plus élémentaires !

La surveillance des médecins inspecteurs étant plus ou moins intermittente ou plus ou moins fréquente, la revaccination ne se pratiquait pas (qui le croirait ?) il y a trois ans, et se pratique encore irrégulièrement aujourd'hui !

Nous nous rappelons qu'en 1893-1894, pendant l'épidémie de variole, nous avons, sans mandat et de notre propre initiative, obligé le mécanicien d'une étuve cantonale à n'employer que des aides revaccinés, pour décider ceux qu'il employait à se faire revacciner.

Ceci dit pour montrer combien ces questions sont difficiles en l'état actuel, et combien il est urgent, si l'on veut que l'hygiène soit bien faite et bienfaisante, de rendre solidaires administrations et médecins, — de prendre des mesures égales pour tous, et de tout régler sérieusement — dans l'ensemble et dans les détails.

Que la Loi réserve ensuite ses foudres à qui de droit.

Encore une fois, à quand l'obligation de la désinfection ?

Dr Courgey.

REPORTAGE MÉDICAL

Les Collègues, les Elèves et les Amis de M. le Professeur Farabeuf, ont l'intention de lui offrir un souvenir à l'occasion de son élection à l'Académie de Médecine.

Les confrères qui désireraient souscrire sont priés d'adresser leur cotisation, avant le 20 mars, chez MM. Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain.

— *Maladies nerveuses et mentales, hypnotisme.* — M. le docteur Bérillon, médecin inspecteur-adjoint des asiles publics d'aliénés, directeur de la *Revue de l'Hypnotisme*, commencera le mardi 9 mars, à cinq heures du soir, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilhier, un cours libre sur les *Applications cliniques, psychologiques et médico-légales de l'hypnotisme.*

Il le continuera les samedis et mardis suivants, à 5 heures.

Une cause de neurasthénie. — M. le Dr Tchisch, de Saint-Pétersbourg, après un examen de 17 personnes mariées et devenues neurasthéniques (11 hommes et 6 femmes), sans qu'aucune tare héréditaire d'origine nerveuse ait pu être relevée à leur sujet, affirme que l'habitude du coït interrompu a été le véritable élément étiologique de leur affection. Celle-ci se caractérisait surtout par des phobies.

La suppression de la mauvaise habitude a amené la guérison de tous ces malades.

— *Académie de Médecine.* — M. le Dr Napias, dont les travaux d'hygiène sont si importants et si estimés, vient d'être élu membre titulaire de l'Académie de médecine.

— *Société de chirurgie.* — M. le Dr Barette (de Caen), dont nos lecteurs n'ont pas oublié les brillants articles, parus dans le *Concours médical*, a été élu, ces jours derniers, membre correspondant national de la Société de Chirurgie.

— *Le nombre des médecins et des écoles de médecine aux Etats-Unis.* — La vieille Europe commence à souffrir de l'encombrement de la carrière médicale. La situation ne paraît pas meilleure pour la jeune Amérique. L'Allemagne, la France et l'Angleterre, qui comptent respectivement un médecin pour 2.000, 1.800 et 1.600 habitants, se trouvent abondamment pourvues. Aux Etats-Unis, si l'on en croît la dernière édition de *l'Annuaire médico-chirurgical de Polk*, il y aurait un médecin pour 613 habitants en moyenne. Dans quatre Etats seulement il y a moins d'un médecin pour 1000 habitants ; mais dans sept Etats il y a un médecin pour 500 habitants.

Le nombre des étudiants en médecine s'accroît d'ailleurs, dans une proportion plus rapide que la population elle-même. En 1892, il y avait 18.000 étudiants ; en 1894, il y en avait plus de 21.000 ; aujourd'hui, on en compte plus de 23.000.

Il existe aux Etats-Unis environ 175 écoles de médecine. Sur ce nombre total, 120 sont régulières, 19 homœpathiques, 7 éclectiques, 2 physio médicales ; il en reste 12 qu'il est difficile de classer. On en compte 3 spécialement réservées aux femmes ; 5 régulières, 2 homœpathiques et 1 éclectique. Dans huit autres écoles, les femmes sont admises et quatre sont exclusivement destinées aux races de couleur.

— *Mortalité des troupes de la marine française.* — Deux médecins de la marine, MM. Vincent et Burot ont eu, les premiers, l'idée d'établir une statistique de la mortalité des troupes de la marine en recourant au matricule de chaque homme pour savoir ce qu'il était devenu.

Le travail auquel ils se sont livrés porte sur la période quinquennale de 1891-1895 et comprend tous les décès survenus sur les hommes présents au service de l'Etat, que la mort ait eu lieu sur les navires, dans les hôpitaux, en France ou à l'étranger.

Sur un effectif de 198,314 hommes, dont 54,997 engagés volontaires et 143,316 inscrits, il y a eu 2,253 décès, soit 1,13 %.

La tuberculose fait le quart des victimes ; elle est plus fréquente que dans l'armée. La fièvre typhoïde est devenue rare sur les navires et sévit de préférence sur les marins qui vivent à terre. Les endémies des pays chauds, le paludisme, la diarrhée, la dysenterie, les hépatites et le choléra donnent un contingent assez élevé. Il y a beaucoup de noyés et de morts accidentelles. Les suicides sont rares.

Ajoutons que nos confrères ont étudié en même temps toutes les causes de décès au point de vue de l'âge, des professions, et des grades.

En ce qui concerne le Corps médical et pharmaceutique, qui comprenait un effectif de 2,736 membres, ils ont noté 45 décès et 10 retraites pour infirmités contractées dans le service, soit une proportion de 1.9 % pour les pertes totales (décès et retraites) et 1,74 % pour les décès, mortalité supérieure à celle des hommes de troupe (11,3 ‰ contre 17,4 ‰).

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4169.— M. le Docteur Duros, d'Aunay-sur-Odon (Calvados), membre de l'Association des médecins du Calvados, du Syndicat de Vire et de l'Association amicale.

N° 4170. — M. le docteur Hillegass, de Yerres (Seine-et-Oise), membre du Syndicat des médecins de Corbeil.

N° 4171.— M. le docteur Bayle, d'Annonay (Ardèche), présenté par M. le docteur Sarda, d'Annonay.

Le Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 11 13 Mars 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

L'ASSOCIATION AMICALE

son fonctionnement.

Bien des confrères, même parmi les membres de l'Association amicale, paraissent ne pas encore suffisamment connaître le fonctionnement de cette œuvre, les règles qui président à la mise en application de ses statuts : beaucoup ignorent, encore, quels sont, d'une manière précise, leurs droits et leurs devoirs.

Il résulte de cette ignorance mille inconvénients : retards, correspondances fastidieuses, dépenses inutiles et, d'autre part, application de pénalités qui provoquent des surprises étonnantes ou des réclamations inadmissibles.

Pour l'absolue régularité des choses, pour la diminution de dépenses superflues, pour la simplification de la tâche, si lourde, assumée par le secrétaire Général et le Trésorier, il importe que tous connaissent à fond la marche de nos rouages.

Nous allons donc nous efforcer de l'exposer avec toute la clarté possible, afin que nul adhérent ne puisse arguer de son ignorance, que nul confrère ne retarde son adhésion par insuffisance de renseignements.

1° *Admissions.*

Le Dr X*** a entendu parler de l'Association Amicale ; il désire être mieux informé et connaître une œuvre qui l'intéresse, dont il reconnaît l'utilité — c'est au Secrétaire Général (Dr Jeanne, à Meulan, Seine-et-Oise) ou au siège social (Bureau du *Concours médical*, 23, rue de Dunkerque, Paris) qu'il doit demander les renseignements.

On lui adresse les statuts, le compte rendu de la dernière Assemblée Générale, la liste des membres, etc.... et une feuille d'adhésion.

Si le Dr X***, édifié par ces documents, se décide à adhérer, il remplit la feuille et l'envoie au Secrétaire Général.

Celui-ci répond, à son tour, par l'envoi des imprimés à remplir ou à faire remplir pour constituer le dossier.

Ce sont : un questionnaire destiné à recevoir les déclarations du proposant, une formule de certificat qu'il devra remettre au confrère qui lui fera subir l'examen médical, enfin une note lui indiquant le chiffre des cotisations, les confrères par lesquels il pourra se faire examiner et le délai dans lequel le dossier devra être retourné, pour arriver en temps utile.

Le Dr X*** est donc complètement renseigné, — que doit-il faire ?

Il doit demander à la Mairie de la commune où il est né, un *Bulletin de naissance* sur papier libre, bulletin qui se délivre gratuitement.

Il doit remplir le questionnaire en toute conscience.

Il doit enfin, muni des deux pièces précédentes, se rendre près du confrère qui doit l'examiner. *C'est ce dernier qui*, après avoir rempli le certificat, *enverra le dossier*, soit au Secrétaire Général, directement, soit au siège social.

Supposons que tout cela se soit passé du 15 au 20 octobre, le dossier devra être entre les mains du Secrétaire Général pour le 1er décembre.

Dans sa réunion trimestrielle de décembre, le Conseil d'administration prononcera le rejet ou l'admission.

Si le Dr X*** est admis, il reçoit, dans les derniers jours de décembre, l'avis de la décision, avec invitation de verser le 1er janvier (date réelle de son admission) entre les mains du Trésorier (Dr Gassot, à Chevilly, Loiret) la première demi-cotisation fixée par l'âge initial — cet âge est celui que le Dr X*** aura dans l'année où l'on entre — on lui rappelle, en outre, que la seconde demi-cotisation devra être versée, spontanément et sans attendre de rappel, le 1er juillet suivant.

Le Dr X*** s'est conformé à toutes ces indications : il prend rang dans la Société le 1er janvier et, le 2 juillet suivant, après versement de la seconde fraction de sa cotisation, il entre en possession du droit à l'indemnité.

Il est évident que les mêmes règles s'appliquent aux admissions prononcées en juin : la première demi cotisation se verse au 1er juillet et la seconde au 1er janvier suivant.

Quant aux admissions prononcées 1er avril et 1er octobre, elles entraînent une légère modification : le sociétaire nouvellement admis verse seulement *le quart* de sa cotisation annuelle au 1er avril ou au 1er octobre. Au 1er juillet ou au 1er janvier suivant, il rentrera dans la règle générale, en versant la demi-cotisation et acquerra son droit à l'indemnité au bout des six mois statutaires, c'est-à-dire au 1er octobre ou au 1er avril.

2° *Cotisations.*

Les cotisations se paient par moitié, le 1er janvier et le 1er juillet de chaque année.

C'est à ces dates que, réglementairement, elles doivent être versées et c'est seulement par bienveillance que le délai d'un mois est accordé aux sociétaires pour se libérer. Il est de toute évidence que la tolérance ne saurait être prolongée au delà, et le retardataire qui verserait le 2 février par exemple serait mal fondé à exciper du peu d'importance de deux jours de retard, puisqu'en réalité son retard serait de 32 jours.

Les cotisations doivent être versées entre les mains du Trésorier et lui arriver franches de tout droit ; — c'est une chose tellement élémentaire qu'elle ne devrait pas avoir besoin d'être spécifiée, et pourtant certains sociétaires l'oublient parfois, de sorte qu'il faut bien la leur rappeler.

Le Trésorier répond immédiatement par l'envoi d'une quittance détachée d'un registre à souches et datée du jour de l'arrivée du mandat.

Quelques confrères, pour éviter des oublis, versent en janvier, d'une seule fois, la cotisation annuelle entière : la chose ne saurait avoir aucun inconvénient, mais il n'en pourrait être ainsi en juillet, les comptes ne pouvant, sous peine de complications, empiéter d'une année sur l'autre.

Pour éviter ces mêmes oublis, le Trésorier fait toucher, par la poste, les cotisations de tous les membres qui lui en font la demande. Le chiffre de la cotisation semestrielle est alors augmenté des frais que ce mode de recouvrement nécessite : la majoration est de 1 fr. 25 jusqu'à 60 francs, de 1 fr. 50 de 60 à 100 francs et de 2 fr. au delà de cent francs.

Il est arrivé que des sociétaires, qui avaient demandé le recouvrement par la poste, n'ont pas attendu que la quittance leur fût présentée et ont envoyé directement leur cotisation : le Trésorier considère que ce mode de procéder équivaut à l'avis de cesser les recouvrements postaux. Tout membre donc qui voudrait que le recouvrement postal continuât et qui serait contraint, par une circonstance quelconque, d'envoyer sa cotisation sans attendre la quittance, devra bien le spécifier dans la lettre qui accompagnera son envoi.

3° *Obligations en cas de maladie.*

Le Dr X***, admis et en possession de son droit à l'indemnité, vient à tomber malade et se trouve obligé de suspendre ses visites ou, s'il ne fait que de la consultation, de cesser tout travail. Que doit-il faire ?

Son devoir est d'avertir immédiatement le Secrétaire général — et non le Trésorier, comme il arrive parfois — par une déclaration, que doit viser le médecin traitant, en consignant la date de cessation des occupations ou seulement des visites.

Un délai maximum de dix jours est accordé pour cette déclaration.

Le Secrétaire général répond par un accusé de réception et l'envoi de bulletins que le médecin traitant retournera, de 15 en 15 jours, après les avoir remplis.

Le confrère X***, que nous supposons gravement malade. s'est arrêté le 2 juillet et ne reprend son travail que le 10 septembre. Par une nouvelle déclaration, contresignée du médecin traitant et indiquant bien la date du retour à l'activité, il doit en informer le Secrétaire général dans un délai de trois jours.

Dans la réunion trimestrielle suivante, le conseil d'Administration prononcera sur l'indemnité à accorder.

Supposons que tout ait été correct, l'indemnité sera votée en septembre et calculée de la manière suivante :

Les journées des 2, 3, 4 et 5 juillet ne seront pas comptées ;

Du 6 juillet au 3 septembre inclus, 60 jours d'indemnité à dix francs, soit 600 fr.

Du 4 septembre au 9 septembre inclus, 6 journées d'indemnité mensuelle à cent francs, soit 3 fr. 33 l'une : 19 fr. 98.

Au total une somme de 618 fr. 95 que le

Trésorier adressera, franche de tous droits, dans la première quinzaine d'octobre.

Le sociétaire devra accuser réception de la somme.

Si le 10 septembre le Dr X... n'était pas arrivé à la guérison, il aurait dû adresser au secrétaire général (ou lui faire adresser) un rapport, quelque peu détaillé, sur son état, indiquant les probabilités de durée de l'incapacité de travail. Il faut, en effet, que le Conseil d'Administration puisse prévoir l'époque à laquelle l'indemnité devra être versée et, au besoin, décider le paiement immédiat de ce qui est dû au moment de sa réunion.

Lorsque l'envoi de l'indemnité coïncide avec l'époque du versement de la cotisation, le Trésorier retient le montant de celle-ci sur la somme qu'il expédie et joint la quittance à son envoi.

4° Irrégularités et Pénalités.

Si les choses se passaient toujours comme il vient d'être dit, le travail du Secrétaire général et du Trésorier serait de beaucoup simplifié. En conscience, nos confrères, qui savent que toute cette tâche se surajoute, pour nous, à des occupations professionnelles semblables aux leurs, devraient avoir à cœur d'observer scrupuleusement les indications ci-dessus reproduites.

Par malheur, il n'en est pas toujours ainsi, et il a bien fallu sauvegarder les intérêts de l'Association contre toutes les négligences prévues, contre les oublis et les empêchements plus ou moins excusables. De là, les précautions et les pénalités que nous devons passer en revue.

Ce n'est pas, que nos confrères en soient bien persuadés, par esprit de tatillonnerie bureaucratique, qu'elles ont été dictées : dans une œuvre comme la nôtre, il faut de l'ordre, il faut de la sincérité et de la régularité. Nos cotisations ont été calculées au minimum; il faut donc aussi que nos frais soient réduits au minimum. Il faut enfin que le moindre esprit de suspicion ne puisse effleurer la conduite d'aucun d'entre nous. C'est, pour l'œuvre, une question de vie ou de mort.

La première faute, qui puisse être commise par un sociétaire, consiste dans la fraude vis-à-vis du confrère examinateur ou, d'accord avec lui vis-à-vis de la Société, en cachant quelque tare, comme la morphinomanie, par exemple, ou en faisant de fausses ou incomplètes déclarations.

Cette faute tomberait sous le coup de l'article 14 et entraînerait l'exclusion, le jour où elle serait découverte.

Il en serait de même pour une maladie simulée, pour la continuation de l'exercice après déclaration de maladie, etc..... En vertu de l'article 35, le Conseil d'Administration a toujours le devoir de se tenir en garde contre ces délits, de les faire constater et d'en provoquer la répression, soit par application de l'article 14, soit par une pénalité minima consistant dans le refus de l'indemnité.

Mais ce sont là des faits graves et rares, tandis que les péchés véniels que nous allons signaler se commettent journellement.

Le confrère Z..., admis du 1er octobre, ne verse pas son quart de cotisation dans la première quinzaine de ce mois — il reçoit du trésorier un rappel dont les frais (0 fr. 25) seront à sa charge.

S'il se libère avant le 1er novembre, il est en règle ; mais s'il attend plus longtemps, son admission est reportée au 1er janvier suivant, et il paiera une prime plus élevée par suite de l'élévation de l'âge initial. Enfin si au 1er février il ne s'est pas libéré, son admission est annulée.

Le Dr Y*** n'a pas versé sa cotisation en juillet — il reçoit du trésorier un rappel dont les frais (0 fr. 25) sont à sa charge.

Supposons qu'il paie cotisation et frais de rappel le 8 août, il tombe sous le coup de l'article 11 et reste suspendu de son droit à l'indemnité jusqu'au 8 septembre, de telle sorte que si l'accident ou la maladie le cloue au lit du 15 août au 15 septembre, il ne sera indemnisé que pour les sept derniers jours de son incapacité de travail — sa perte sera de 170 fr. La leçon devient assez sérieuse, n'est-ce pas ?

Mais le Dr Y... ne se libère pas, il laisse passer également la cotisation de janvier sans payer — il reçoit au 15 juin par lettre recommandée (coût pour lui 0 fr. 50) un dernier rappel du trésorier lui réclamant le paiement de la cotisation de l'année écoulée augmentée des intérêts à 4 % et des frais des deux rappels (0 fr. 75).

S'il ne s'est pas libéré le 1er juillet, il est purement et simplement rayé de la liste des membres de l'Association et il ne pourra y rentrer qu'aux conditions d'une admission nouvelle, c'est-à-dire comme s'il n'avait jamais été des nôtres : il devra subir un nouvel examen médical, payer la prime de l'âge initial nouveau et subir le stage de six mois

S'il s'était libéré avant le 1er juillet, il serait resté sous le coup de l'article 11, ne cessant pas d'être membre de l'association, suspendu seulement pour un mois, à condition qu'il paie régulièrement sa cotisation de juillet.

Rappelons ici que les membres exclus, rayés ou démissionnaires, n'ont aucun droit sur les sommes versées par eux antérieurement.

Le Dr W*** tombe malade le 15 mars et cesse ses visites ou ses occupations habituelles : il fait sa déclaration seulement le 25 mars; il est à la limite extrême de la tolé-

rance accordée — on admettra la date du 15 comme début de la maladie et il aura droit à l'indemnité à partir du 19 mars. Mais si sa déclaration n'avait été faite que le 26 mars, le délai étant passé, le Conseil d'administration ferait partir la maladie seulement du 26 mars et l'indemnité ne commencerait à compter que du 29. La négligence du Dr W*** lui aurait fait perdre dix jours d'indemnité.

Guéri le 5 mars, le Dr T*** en avertit le Secrétaire général le 8, c'est suffisant ; mais s'il attend jusqu'au 12 pour faire sa déclaration, il paiera 2 fr. d'amende par jour de retard et le Trésorier lui retiendra 8 fr. sur la somme qu'il lui enverra.

De même si, au cours d'une longue maladie, il avait négligé de donner de ses nouvelles, de quinzaine en quinzaine, au Secrétaire général, il eût été frappé de la même amende pour chacun des jours (au-delà de 15) séparant l'intervalle des deux lettres ou des deux certificats imprimés, visés, dans l'un et l'autre cas, par le médecin traitant.

Inutile de dire que dans les cas d'impossibilité matérielle, le Conseil d'Administration reste juge de la situation.

5° *Changement de combinaison.*

Les sociétaires inscrits à la combinaison A peuvent passer à la combinaison B s'ils y sont autorisés par le Conseil d'administration.

Ils doivent donc, s'ils désirent effectuer ce passage, écrire au secrétaire général et présenter un nouveau certificat médical, après avoir subi l'examen devant le confrère qui leur aura été désigné.

S'ils sont autorisés, ils paient la prime de la combinaison B correspondante à l'âge initial de leur entrée dans cette combinaison.

Si ce passage avait lieu au 1er avril ou au 1er octobre et qu'ils eussent versé leur cotisation semestrielle en janvier ou juillet précédent, ils n'auraient à payer que le supplément correspondant au trimestre à courir.

Pourvus désormais, chers confrères, de ce memento que nous serions heureux de vous voir mettre soigneusement à la bonne place, afin de le consulter chaque fois que vous auriez besoin de vous mettre en rapport avec nous, vous seriez sans excuse vis-à-vis de l'Association Amicale, si vous lui imposiez d'inutiles frais de correspondance, et vis-à-vis de vous-mêmes, si vous veniez à encourir les sévérités du règlement.

Ne pensez-vous pas que ces dépenses de la caisse, que ce surcroît de travail imposés au Secrétaire Général et au Trésorier, seraient plus fructueusement employés à faire de la propagande pour notre œuvre ?

Ne pensez-vous pas qu'elle bénéficierait aussi de la disparition des négligences, des oublis et des retards dans l'envoi des cotisations, des dossiers ou des déclarations ?

Ne pensez-vous pas, enfin, que tous nous devrions appliquer à son fonctionnement les principes de l'exactitude la plus rigoureuse ?

Nous ajoutons, en terminant, que rien ne serait plus facile.

Dr H. Jeanne. Dr A. Gassot.

LA SEMAINE MÉDICALE

Hyperchlorhydrie et hypersthénie gastrique.

M. le Dr *Soupault* donne le nom de *dyspepsie hypersthénique* à l'hyperchlorhydrie, parce que, selon lui, on doit considérer cette dernière comme l'expression de l'activité exagérée de toutes les fonctions gastriques.

La Semaine médicale donne le résumé suivant des observations faites par M. Soupault à l'appui de son idée :

A côté de l'hypersthénie sécrétoire ou sensitive, prend place, en effet, l'hypersthénie motrice. Sous une influence encore inconnue se produit la contracture, le spasme du pylore, qui oppose ainsi une vive résistance à l'évacuation du chyme.

De ce spasme pylorique et de la lutte engagée par la tunique musculaire de l'estomac pour en triompher, résultent la plupart des troubles fonctionnels de la dyspepsie hypersthénique, depuis les régurgitations alimentaires, les éructations gazeuses, jusqu'aux vomissements et même jusqu'à la douleur.

MM. Mathieu et Le Gendre ont repoussé la dénomination d'hypersthénie gastrique, en raison du développement possible, au cours de l'hyperchlorhydrie, d'une dilatation plus ou moins grande de l'estomac ; or, cette dilatation est elle-même une résultante de l'obstacle pylorique.

L'appareil musculaire de l'estomac joue donc un rôle important dans la détermination des phénomènes cliniques de l'hyperchlorhydrie. De plus, l'hypersthénie gastrique se montre chez des individus à système nerveux excitable.

De ces données de physiologie pathologique découle un enseignement profitable à la thérapeutique de l'hyperchlorhydrie. Il faut, en effet, éviter toute intervention susceptible d'exciter l'estomac ; on recommandera, dans ce but, le repos, la diète absolue, et on ne prescrira, dans les premiers jours, que des lavements alimentaires. Les aliments solides ne seront permis que lorsque les aliments purement liquides auront été tolérés sans provoquer aucune douleur. Dans les formes ordinaires, on conseillera l'usage de viandes finement divisées, de poudres de viande, de gelées, de purées de légumes, etc.

La révulsion au creux épigastrique, sous forme de sinapisation, de compresses chaudes ou froides, de pulvérisations de chlorure de méthyle, trouvera son indication. L'électricité, le massage, me paraissent contre-indiqués. Quant aux lavages de l'estomac, ils sont utiles seulement à la période de stase.

Les alcalins seront, bien entendu, administrés à titre de moyen purement palliatif. Pour ce qui est du traitement général, il consistera surtout dans l'emploi de l'hydrothérapie tiède et de médicaments calmants ou antispasmodiques.

Un symptôme permanent de l'hystérie.

M. le Dr *Strozewski*, de Varsovie, a constaté, en explorant les hystériques, à côté d'autres symptômes caractéristiques de l'hystérie, un symptôme qui, jusqu'à présent, n'a pas été noté. Nous trouvons cet exposé dans la *Médecine moderne* : il consiste en une abolition complète, ou, du moins, en une diminution notable d'excitation, sur certaines parties du corps, au contact d'un stimulus délicat, comme, par exemple, un morceau de papier, un cheveu.

Si sur une personne saine, nous touchons ces parties avec un bout de papier et un cheveu, nous provoquons un sentiment d'irritation, quelquefois de chatouillement et chaque fois une sensation plus ou moins agréable. Cette expérience réagit sur la personne de manière à lui faire porter la main à l'endroit excité. Les points les plus excitables sont : le conduit auditif externe et la muqueuse des fosses nasales, puis la paupière inférieure et la peau du front ; les endroits les moins excitables sont : les aisselles, la peau sur et sous les genoux et la plante du pied. Dans ces derniers endroits, on excite l'irritation avec des mouvements délicats des doigts.

Chez les hystériques, l'expérience ci-dessus mentionnée ne cause aucune sensation ou, ce qui est bien plus rare, une sensation excessivement faible. Gilles de la Tourette (*Traité de l'hystérie*, p. 166) fait une courte mention de l'abolition du réflexe au chatouillement dans les régions anesthésiques. M. Strozewski a constaté ce symptôme dans plus de 50 cas d'hystérie. Depuis le temps qu'il étudie ce symptôme, il n'a jamais trouvé un cas d'hystérie où il fût absent, même dans l'hystérie monosymptomatique ; également chez des malades qui, débarrassés de leurs souffrances, quittaient l'hôpital. Le signe existe aussi bien dans l'hystérie dépressive que dans l'hystérie avec éréthisme et dans les 2 sexes.

En explorant cette irritabilité chez divers malades à l'hôpital, on a trouvé quelquefois sa partielle diminution, c'est-à-dire une faible réaction sous l'aisselle, sous le genou et sous la plante du pied, mais une réaction vive dans le conduit auditif et dans les fosses nasales. Cet amoindrissement n'avait lieu que chez les personnes très apathiques, chez lesquelles en même temps on a constaté l'abolition ou une diminution considérable du réflexe de la conjonctive. Ce symptôme est sans doute d'origine centrale.

Intoxication par la scopolamine.

La scopolamine est l'alcaloïde de la scopolia atropoïdes, belladone du Japon. On l'emploie beaucoup aujourd'hui, en oculistique, pour en obtenir des effets mydriatiques persistants. Cependant, le Dr *Pansier*, d'Avignon, rapporte, dans la *Clinique ophtalmologique*, trois observations d'intoxication générale produite par la seule instillation de collyres à la scopolamine, qui prouvent qu'il convient de l'employer le plus rarement possible, surtout chez les vieillards.

Une **seule** instillation de 1/480 de grain produit une mydriase en 18 minutes et elle est complète en 23 minutes. Cette dilatation maxima dure 24 à 30 heures.

La paralysie du muscle ciliaire, produite par cette même dose, dure le même laps de temps.

La pupille reprend son diamètre normal au bout de 72 heures et le rétablissement de l'accommodation n'a lieu qu'après 96 heures seulement.

L'instillation de scopolamine produit une sensation constrictive astringente. Si l'on a soin de prévenir le passage du collyre par les voies lacrymales, on n'observe aucun trouble de l'état général.

La paralysie rapide, complète et de peu de durée du muscle ciliaire, produite par la scopolamine, rend l'usage de cet agent très précieux pour la détermination de la réfraction.

L'eau oxygénée comme traitement des vomissements de la grossesse.

M. *Pinard* combat les vomissements de la grossesse par les inhalations d'oxygène.

M. *Gallois* conseille de se servir dans le même but, d'eau oxygénée.

L'eau oxygénée, qu'on emploie en médecine, est ordinairement à 10 volumes d'oxygène. A l'intérieur, on l'administre à la dose de 5 à 30 grammes de la solution à 10 volumes, dilués dans un ou un demi litre d'eau, ou tout autre liquide, à condition que celui-ci ne provoque aucune modification dans la composition de l'eau oxygénée. On pourra sucrer la solution avec du sirop de sucre ou de citron. Cette grande dilution a pour but de masquer la saveur astringente et métallique du médicament. Aussi les malades n'accusent-ils que le goût du liquide auquel on le mélange.

Voici comment on emploie l'eau oxygénée dans les vomissements de la grossesse : on donne aux repas, comme boisson, une cuillerée à café, puis une cuillerée à bouche d'eau oxygénée pour un litre d'eau, ce qui équivaut environ de 5 à 15 grammes d'eau oxygénée à 10 volumes.

L'effet de cette eau est très rapide, ce qui d'ailleurs s'explique facilement.

Traitement des dyspepsies par les lavements d'eau chaude.

Le Dr *Fiessinger*, d'Oyonnax, traite la dyspepsie par les lavements d'eau chaude. Il ordonne à un dyspeptique moteur deux grands lavements de trois-quarts de litre d'eau tiède, une heure avant le dîner et le souper ; ces lavements doivent être gardés un quart d'heure à vingt minutes. L'amélioration est immédiate. En même temps, un exercice musculaire, tendant à contracter les parois abdominales, hâtera les changements favorables produits par les lavements. A cet effet, on fait coucher le malade après les repas sur une chaise longue, en lui recommandant de se livrer à des mouvements alternatifs de flexion et d'extension du tronc, de s'asseoir lentement, se renverser ensuite en arrière avec tension forte des muscles abdominaux ; recommencer deux à trois fois. se reposer, reprendre, continuer ainsi pendant vingt minutes environ. On constate alors chez le malade des renvois de gaz qui, après les premiers mouvements, débarrasseront l'estomac du ballonnement cause de malaises. Il n'y a plus de pesanteur, mais un état de bien-être général ; plus de ces renvois deux à trois heures après, qui, continués jusque

vers le repas suivant, mettaient le malade dans un état de préoccupation constante au sujet de sa digestion.

Sans être le massage proprement dit, cette gymnastique des parois abdominales réalise aussi bien, peut-être mieux, et en tous cas plus simplement que lui, le but qu'on veut atteindre : réveil de la tonicité des muscles du tube digestif, réveil de la contraction de l'estomac, comme le prouvent les renvois gazeux qui se produisent presqu'immédiatement.

Il n'est guère de dyspepsie motrice qui résiste aux lavements et aux contractions des muscles abdominaux. S'il arrive que des fermentations acides commencent à s'opérer, on pourra adjoindre une troisième médication aux deux précédentes. Les malades boivent par petites gorgées, de vingt en vingt minutes, une série de deux à trois bols d'eau chaude légèrement sucrée ou une infusion aromatique de verveine, feuille d'oranger, anis, fenouil, camomille.

Sous l'influence de l'eau chaude, la langue se décharge et le déjeuner habituel est pris avec plaisir, une demi-heure après le dernier verre.

L'eau chaude est inutile dans la dyspepsie motrice simple, sans altération du chimisme stomacal. Au contraire, elle est particulièrement utile dans les formes avec stase et fermentation acide, ainsi que dans la dyspepsie hyperchlorhydrique. Chose remarquable, elle n'est nullement contre-indiquée par l'existence d'une dilatation de l'estomac : celle-ci, au contraire, est guérie avec rapidité, si elle n'est due qu'à des troubles dyspeptiques.

Retentissement des troubles survenus chez les nourrices, sur leurs nourrissons.

M. Budin affirme, d'après de nombreuses observations, que des causes multiples, agissant sur les nourrices, peuvent déterminer des troubles dans la santé des enfants qu'elles allaitent.

Il y a vingt ans, il a, avec le Dr Segond, reconnu que la menstruation s'était établie chez une nourrice, aux modifications qui survenaient à date fixe chez l'enfant auquel elle donnait le sein. En 1881, dans un autre cas, guidé par le retour périodique des accidents chez un enfant, on a la nourrice et on a constaté la réapparition des règles. Une autre fois encore, en 1889, une nourrice placée chez un confrère ayant appris que son propre enfant était souffrant et bientôt après qu'il avait succombé, en ressentit un très grand chagrin : son nourrisson fut immédiatement pris de diarrhée et diminua de 240 grammes.

On pourrait être tenté de croire, dans ces cas, à une simple coïncidence. Cependant, la reproduction de ces faits démontre la réalité de la cause invoquée.

Mais si on trouvait une nourrice donnant simultanément le sein à plusieurs enfants, si ces enfants allaités par la même femme présentaient tous le même jour, sous l'influence d'une même cause, des modifications dans leur santé et dans leur poids, cette simultanéité des accidents semblerait constituer une preuve indiscutable.

C'est ce que M. Budin a eu l'occasion d'observer dans le pavillon des Débiles, installé à la Maternité. Des enfants atteints de faiblesse congénitale y sont reçus et placés dans des couveuses d'abord ; puis, quand ils sont plus âgés et plus forts, dans des berceaux ; une même nourrice peut avoir assez de lait pour donner le sein à deux ou trois de ces petits êtres. Or, dans plusieurs circonstances, il a vu une indisposition, une colère ou l'apparition des règles chez la nourrice, déterminer des troubles simultanés chez les enfants débiles allaités par elle.

L'apparition simultanée des accidents chez plusieurs enfants, et mieux, chez tous les enfants confiés à une même femme pour les allaiter, prouve d'une façon indiscutable qu'il y avait une grande relation de cause à effet entre les troubles survenus chez les nourrissons et ceux apparus chez la nourrice.

La thérapeutique de l'alcoolisme par l'internement prolongé des buveurs.

M. le Dr *Marandon de Montyel*, médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine, consacre à cet important et difficile problème de l'internement des buveurs, une étude qui mérite d'être signalée dans nos colonnes, à un moment où l'opinion publique se préoccupe de la question.

Voici ses principales conclusions :

« I. La thérapeutique de l'alcoolisme nécessitant l'internement prolongé des buveurs, et portant une atteinte à sa liberté individuelle, il est indispensable qu'une loi spéciale permette au médecin d'exercer cette contrainte afin d'assurer la guérison.

» II. Il importe, dans cette loi, de diviser les alcooliques en deux groupes : les délirants et les non délirants.

» III. Parmi les délirants, il conviendrait de distinguer ceux, peut-être les plus nombreux, chez lesquels le délire alcoolique est dû, bien plutôt à l'organisation défectueuse du cerveau, qu'aux excès commis, modérés ou accidentels, pour les mettre rapidement en liberté, lors de la première crise, après la cessation de leur folie toxique, en les avertissant de la cause de leur accès passager de folie et du danger auquel l'alcool les expose ; car pour ces pseudo-alcooliques, le séjour prolongé de l'asile peut être plus nuisible qu'utile.

» IV. Quant aux délirants qui sont, au contraire, des buveurs d'habitude, il importe à un haut degré de mener à bien la cure de la première crise, sans attendre même la première récidive, car la guérison est à ce prix.

» V. En ce qui concerne les non délirants, bien qu'en principe l'internement prolongé de tous les ivrognes soit justifié, peut-être conviendrait-il, pour ce moment, de ne réclamer que trois catégories d'entre eux : les criminels, les délictueux, les délinquants à la loi sur l'ivresse.

» VI. La législation relative à la thérapeutique de l'alcoolisme devrait donc autoriser, pour le moins, l'internement prolongé des alcoliques délirants, qui sont des buveurs d'habitude, des alcooliques non délirants qui ont commis des crimes ou délits, et qui ont bénéficié d'une ordonnance de non-lieu, ou dont l'ivresse a été publique.

» VII. Il serait à souhaiter que la loi spéciale, relative à la thérapeutique de l'alcoolisme, permît également, dans le but de le guérir, l'internement prolongé de l'ivrogne privé, s'alcoolisant dans son intérieur, quand il y a de sa part menaces ou voies de fait, de violences, ou d'incendie, actes de brutalité, bruits ou tapages, atteintes à la moralité, en un mot actions susceptibles de troubler la sécurité et la tranquillité, ou de porter atteinte à la pudeur des personnes se trouvant dans l'habitation, ou encore de nuire au buveur lui-même. Echapperait seulement à la loi thérapeutique de l'alcoolisme le buveur calme et tranquile que ses excès abattent.

» VIII. La loi relative à la thérapeutique de l'alcoolisme devrait autoriser le placement volontaire opéré par le buveur lui-même, honteux de sa passion et désireux de guérir ; mais le contraindre, le placement effectué sur sa demande, à rester le temps souscrit par lui.

» IX. Tous les placements d'office sans exception, autres que le placement volontaire ci-dessus spécifié, seraient effectués par l'autorité judiciaire, après enquête ou jugement, selon les cas, et la sortie également autorisée par elle sur avis médicaux. »

ERRATA

Dans le n° 10, article du Dr Lemaire :

1° Note p. 117. Au lieu de « Vaillard et Lemaire » lire « Vaillard et Lemoine ».

2° p. 118, 1re col., ligne 53. Au lieu de « en deux fournées » lire « en deux journées ».

CHIRURGIE PRATIQUE

Phlegmons de l'aisselle.

Les phlegmons de l'aisselle sont habituellement divisés, dans les traités classiques, en *phlegmons superficiels et phlegmons profonds ou sous-aponévrotiques*. Leur marche et leur allure clinique sont, en effet, assez différentes, suivant le siège de l'inflammation. C'est là une conséquence de la structure anatomique de l'aisselle, qui se trouve, comme on sait, divisée en deux loges, l'une sus-aponévrotique, l'autre sous-aponévrotique.

Afin de faire mieux saisir la description symptomatique et thérapeutique des phlegmons de l'aisselle nous croyons utile de retracer un résumé d'anatomie topographique de la région axillaire.

I

ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE.

« L'aisselle est une cavité située entre le thorax et la racine du membre supérieur, se présentant sous la forme d'une pyramide quadrangulaire ; elle est donc limitée par quatre parois, une base et un sommet. Les parois sont : *antérieure ou pectorale, interne ou thoracique, externe ou scapulo-humérale, postérieure ou scapulaire* ; la base répond à la peau et le sommet à l'apophyse coracoïde.

« La paroi antérieure est aplatie ; elle se compose de la peau, de la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée, d'une aponévrose superficielle, du muscle grand pectoral, d'une couche de tissu cellulaire, lamelleux, d'une aponévrose épaisse profonde, dans laquelle est compris le petit pectoral, d'une seconde couche de tissu cellulaire lamelleux, des espaces intercostaux.

« Sur la limite externe de la région, existe entre le muscle deltoïde et le grand pectoral, un interstice cellulo-graisseux, dans lequel est située la veine céphalique. C'est dans cet interstice, que les rares collections liquides développées dans l'articulation scapulo-humérale, ainsi que certains abcès de l'aisselle viennent faire saillie. C'est en ce point, qu'il faut rechercher la fluctuation et inciser, suivant une ligne verticale parallèle à l'interstice.

« Il importe de bien connaître la disposition des aponévroses qui forment des loges bien distinctes. L'aponévrose superficielle du grand pectoral n'a pas d'importance, mais l'aponévrose profonde qui contient le muscle petit pectoral et qui porte le nom d'aponévrose clavi-pectorale est d'un immense intérêt. Cette aponévrose est le prolongement du feuillet moyen de l'aponévrose cervicale, qui se reconstitue, après avoir formé une gaine à la veine sous-clavière et au muscle sous-clavier. De la clavicule et de l'apophyse coracoïde, cette aponévrose très résistante, très épaisse, recouvre les vaisseaux du creux sous-claviculaire, descend au-dessous du grand pectoral jusqu'à la base de l'aisselle, où elle adhère à la face profonde de la peau. Gerdy l'appelait le ligament suspenseur de l'aisselle. L'influence de cette aponévrose sur la marche des collections purulentes de l'aisselle est considérable. Le tissu cellulaire lamelleux situé sur chaque face de l'aponévrose, c'est-à-dire sous le grand pectoral, entre ce muscle et l'aponévrose d'une part, et sous le petit pectoral, entre l'aponévrose et les espaces intercostaux, d'autre part, peut être le siège de collections purulentes, qui seront dirigées différemment vers la surface ou vers la profondeur par le rideau épais que constitue l'aponévrose. Certes, le pus peut tout franchir ; néanmoins, la barrière que lui oppose l'aponévrose suffit à le retenir pendant un assez long temps. Le phlegmon développé sous le grand pectoral s'étale en surface, sous le sein, et peut parcourir facilement l'espace compris entre la clavicule et l'interstice celluleux du deltoïde, jusqu'à la peau de l'aisselle. Au contraire, le phlegmon développé sous le petit pectoral, derrière l'aponévrose profonde, gagne en profondeur vers les vaisseaux et les nerfs du creux sous-claviculaire, se porte vers le cou par-dessous la clavicule, envahit le creux sus-claviculaire, ou perfore les espaces intercostaux et envahit la plèvre et le thorax. » (1)

La paroi interne de l'aisselle est formée par les 3 ou 4 premiers espaces intercostaux. Elle est parcourue par le nerf du grand dentelé et l'artère mammaire externe ou thoracique longue. Elle possède la plupart des ganglions axillaires lymphatiques, qui sont accolés au grand dentelé.

La paroi externe est formée par l'articulation scapulo-humérale. C'est contre elle qu'est appliqué le paquet vasculo-nerveux de l'aisselle.

La paroi postérieure est constituée par la fosse sous-scapulaire, le muscle du même nom, le muscle grand rond et le bord inférieur du

(1) Tillaux. *Anat. topog.*

grand dorsal. La paroi postérieure est parcourue par les artères et nerfs sous-scapulaires.

La base de l'aisselle est dirigée en bas et affecte la forme d'un quadrilatère ; elle est déprimée en son centre et forme comme une voûte concave garnie d'un épiderme extrêmement mince, et pourvue de poils longs et abondants ; de nombreuses glandes sudoripares et sébacées sont réparties dans l'épaisseur de la peau et secrètent une sueur très âcre et très odorante qui provoque souvent de l'intertrigo, et altère le tissu et la couleur des vêtements. C'est dans les follicules sébacées et les glandes sudoripares qu'il faut chercher l'origine des abcès furonculeux de l'aisselle qui font saillie à la peau. Ces abcès n'ont aucune tendance à se porter vers la cavité de l'aisselle et ne doivent être ouverts que s'ils sont très douloureux.

L'aponévrose qui ferme le creux de l'aisselle en bas, se continue avec le feuillet aponévrotique du grand pectoral en avant, et avec celle du grand dorsal et du sous-capulaire en arrière.

Elle est suffisamment résistante pour que les abcès sous-cutanés ne pénètrent pas dans la cavité de l'aisselle.

Enfin, le sommet de l'aisselle correspond à l'apophyse coracoïde. C'est par ce sommet que passent les vaisseaux et les nerfs, et c'est aussi le chemin que suivent les collections purulentes venant du cou.

II

ÉTUDE SYMPTOMATIQUE.

Après cet aperçu anatomique, la description des symptômes et de la marche des phlegmons axillaires se trouvera simplifiée.

PHLEGMONS SUPERFICIELS.

Ces phlegmons ont leur siège dans la peau et, surtout, dans les glandes et dans le tissu cellulaire sous-cutané. Les phlegmons ou plutôt les abcès de l'aisselle situés dans le tissu cellulaire sous-cutané sont provoqués par les frottements, la malpropreté et s'observent principalement en été.

Les abcès qui siègent dans les glandes sudoripares étaient désignés par Velpeau sous le nom *d'abcès tubériformes*, et par Verneuil sous le nom *d'hydrosadénite*. Il ne faut pas confondre les abcès furonculeux des follicules sébacés, qui se traduisent par de petites tumeurs rouges, acuminées, faisant d'emblée corps avec la peau, dans l'épaisseur de laquelle elles sont contenues, généralement agglomérées et siégeant à la base des poils, il ne faut pas confondre ces suppurations avec *l'hydrosadénite* de Verneuil.

Cette dernière débute par du prurit, auquel succède l'apparition de petites tumeurs sphériques dures comme de petits noyaux, mobiles, nettement circonscrites et modérément douloureuses ; la peau, à ce moment, est complètement indemne, et c'est là précisément, une différence essentielle entre l'hydrosadénite et le furoncle, dont nous avons parlé plus haut. Après quelques jours d'état stationnaire, l'hydrosadénite peut rétrocéder ou passer à l'état chronique, ou plutôt, progresser, envahir le tissu cellulaire voisin, augmenter sensiblement de volume, soulever la peau, la faire devenir rouge vif et l'amincir au point de la perforer.

Au bout de deux ou trois jours, après bien des douleurs lancinantes, mais sans élévation de température, la collection s'ouvre spontanément à l'extérieur.

Le pronostic est très bénin, aussi bien pour les abcès furonculeux, que pour les hydrosadénites.

L'affection est purement locale, sans retentissement sur l'état général. Cependant, les furoncles de l'aisselle se montrent parfois abondamment, comme manifestations secondaires d'un état général affaibli (adynamie, épuisement, fatigues morales). Un des mauvais côtés du pronostic est la durée habituellement longue de l'affection, par suite de l'inflammation successive d'un certain nombre de glandes ; certains sujets en sont affligés pendant plusieurs mois.

PHLEGMONS SOUS-CUTANÉS OU SOUS-PECTORAUX.

Les phlegmons sous-cutanés sont autrement importants que les phlegmons superficiels.

Ils siègent entre la peau et l'aponévrose clavi-pectorale et sont habituellement provoqués par l'extension de la phlegmasie de l'une des glandes de la région ou par une lymphangite ayant pour point de départ infectieux une écorchure des doigts, du mamelon. On ne réussit pas toujours à découvrir la cause première du phlegmon.

Les colonies de streptocoques ou de staphylocoques se développent rapidement et provoquent une vaste diapédèse qui s'étale dans le tissu cellulaire lamelleux, situé entre la peau et l'aponévrose ; l'inflammation est diffuse et envahit la face profonde du grand pectoral, jusque vers ses insertions sterno-costales. Le sein est soulevé, tendu, de nombreuses veines qui le sillonnent, deviennent très nettement apparentes, la peau est rouge, *érysipélateuse*, œdématiée, le creux de l'aisselle est effacé ; toute la paroi antéro-latérale du thorax est tuméfiée.

Les douleurs sont vives, surtout au début du phlegmon, au voisinage des ganglions infectés. « En général, au bout de huit à dix jours, le pus se collecte en un point de l'aisselle, en provoquant quelques douleurs lancinantes. On observe quelques phénomènes généraux, de la fièvre, de la céphalalgie, des vomissements ; chez certains sujets prédisposés, il se produit même des phénomènes nerveux susceptibles d'inspirer quelques craintes (Dolbeau). Si l'on n'intervient pas, le pus au lieu de fuser vers la peau et de l'amincir, pour la perforer, s'étale sous les muscles, les infiltre, provoquant de vives douleurs au moindre mouvement, perfore même quelquefois l'aponévrose et envahit le creux axillaire proprement dit. Parfois, surtout quand le phlegmon a paru se déclarer sans cause, chez des diabétiques ou des alcooliques, l'affection prend les caractères du phlegmon diffus, la suppuration se fait par îlots jaunâtres, sans tendance à la collection ; le tissu cellulaire se gangrène par place, et les sujets succombent très rapidement avec des phénomènes ataxo-adynamiques, sans qu'il y ait eu d'abcès à proprement parler.

« Le pronostic est sérieux, par suite de l'abondance de la suppuration et de l'étendue des désordres, si on laisse la maladie abandonnée à elle-même ; il devient très grave, quand il s'agit de formes diffuses et gangréneuses, qui doivent faire penser de suite au diabète ou à l'alcoolisme (1).

(1) *Bouilly*. Pathol. externe.
Follin et *Duplay*. Traité de Pathol. externe.

PHLEGMONS PROFONDS OU SOUS-APONÉVROTIQUES.

Ces phlegmons ont leur siège dans le tissu cellulaire profond sous-aponévrotique, qui entoure les vaisseaux et les nerfs de la région : ils sont généralement causés par une adénite axillaire ; ce sont des *adéno-phlegmons*. Le point de départ est dans les écorchures des doigts, de la main ou du sein.

Le début, dans la forme commune, se fait, le plus souvent, par des traînées rouges de lymphangite, à la face interne du bras. Parfois, les lymphatiques se sont laissés traverser par les streptocoques, sans en être infectés. L'aisselle présente une tuméfaction plus ou moins grande. La palpation permet de reconnaître un ou plusieurs ganglions engorgés, douloureux et encore isolables. Plus tard, au bout de quelques jours, le tissu cellulaire ambiant les englobe et ils se confondent avec lui : toute la région est empâtée, et l'empâtement ne fait que croître pendant sept jours, si le ganglion est superficiel, pendant dix jours s'il est profond (Després). Le malade éprouve de vives douleurs exaspérées par les mouvements et par l'écartement du bras. La fièvre est d'environ 38°5 à 39° ; il y a des frissons, de la céphalalgie, des nausées, des vomissements, une grande faiblesse générale, une pâleur livide des téguments, principalement de la face. Au niveau du phlegmon, la peau devient rouge, violacée, œdémateuse : la fluctuation est plus ou moins facilement perceptible sur un ou plusieurs points. La suppuration se localise dans un ganglion et reste peu étendue ou, au contraire, cette suppuration s'étend, en soulevant la paroi antérieure de l'aisselle, jusque sous le bord inférieur du grand pectoral, et fait irruption à la face profonde de l'aisselle. Quelquefois, la suppuration passe entre la clavicule et la première côte et se prolonge jusque sur la partie inférieure et latérale du cou, ou s'étend en arrière vers l'omoplate.

Le pus peut fuser à travers les espaces intercostaux, former un abcès sous-pleural ou une collection du médiastin, et, par compression des organes thoraciques, déterminer une syncope et la mort.

Les phlegmons axillaires qui succèdent à une infection septicémique (piqûre anatomique) débutent par des phénomènes généraux très intenses : grands frissons, température de 40 ou 41 degrés, vomissements, prostration, adynamie, pâleur livide, délire. L'intensité de la douleur axillaire provoque de l'insomnie et des cris plaintifs : la masse des ganglions et du tissu cellulaire devient volumineuse et au milieu d'un ensemble de phénomènes typhoïdes (prostration, diarrhée, sueurs froides, frissons) une abondante suppuration se forme.

Le collapsus emporte souvent le malade, à ce moment de la maladie.

Lorsqu'on abandonne la collection à elle-même, elle tue le malade par infection ou par irruption dans la plèvre ; ou bien, la perforation de la peau laisse après elle une fistule interminable, entretenue par la fonte purulente du tissu cellulaire de l'aisselle. La fistule dépend aussi d'une ouverture incomplète, et l'on fera généralement tout cesser en opérant une large incision et un débridement sérieux.

III

TRAITEMENT.

Le traitement des plegmons de l'aisselle est presque exclusivement chirurgical.

Pour le *phlegmon superficiel*, lorsqu'il s'agira d'abcès furonculeux, on laissera agir la nature, se contentant d'appliquer des rondelles de sparadrap de Vigo ou de Vidal, ou bien de la gaze imprégnée de sublimé à 1/2000 et enduite d'un peu d'onguent mercuriel double belladoné, jusqu'à ce que se produise une ouverture spontanée.

Dans les cas d'hydrosadénite, on essaiera d'en obtenir la résolution par les mêmes compresses sublimées, recouvertes d'onguent napolitain et on les appliquera jusqu'à ce que la peau soit nettement rouge et œdématiée. A ce moment, il vaudra mieux avoir recours aux cataplasmes de fécule arrosés d'eau phéniquée ou de sublimé à 1/2000. L'abcès une fois formé, il ne faut pas hésiter à intervenir chirurgicalement. Après avoir savonné la peau, lavé au sublimé et à l'éther, on plonge la pointe d'un bistouri bien aseptisé, dans la partie la plus saillante et la plus fluctuante de l'abcès et on incise dans toute son étendue et dans toute sa profondeur. Le pus s'écoule ; on fait une légère injection avec le sublimé à 1/2000 ou la microcidine à 5/1000 et un pansement iodoformé et ouaté est appliqué sur la plaie. En cinq à six jours, tout est terminé et cicatrisé.

Pour le *phlegmon sous-cutané*, au début, on essaiera les résolutifs, onguent napolitain belladoné, compresses humides d'eau phéniquée au 100e, de sublimé à 1/2000 recouvertes de taffetas-chiffon imperméable, cataplasmes de fécule ou d'amidon boriqués. On donnera quelques purgatifs légers, 0,50 à 0,75 centigr. de quinine par jour, du quinquina, des toniques alcooliques. Tous les jours, on fera une exploration soignée de la région (aisselle, creux sous-claviculaire, face interne du bras, sein, paroi thoracique, cou). La fluctuation sera *souvent impossible à trouver*, tant les parties sus-jacentes sont tendues et douloureuses. Vers le 8e ou le 9e jour, au plus tard, on interviendra chirurgicalement.

La peau, soigneusement savonnée et lavée, on plongera le bistouri aseptisé dans le point le plus douloureux et le plus déclive. L'incision ayant au moins 4 à 5 centimètres de long et un ou deux centimètres de profondeur, aussi large dans la profondeur qu'à la surface. Si le pus ne s'écoule pas, on laissera le bistouri, pour prendre la sonde cannelée ou le stylet bien aseptisé à l'étuve ou à l'eau phéniquée forte. Grâce à cet instrument mousse, on pourra sans crainte pénétrer plus profondément à la recherche du pus *sous l'aponévrose du grand pectoral*. Il arrive fréquemment qu'une première incision est insuffisante, soit parce qu'elle est faite trop haut, soit parce qu'elle ne permet pas le libre écoulement du pus. Il ne faut pas craindre d'en pratiquer une seconde et même une troisième, toujours dans les mêmes conditions d'asepsie. Un tube à drainage est placé dans chaque incision et on n'oublie pas de le munir d'un fil ou d'une épingle de sûreté, afin d'éviter son absorption par la plaie béante. Une ou plusieurs injections de microcidine à 5/1000 ou de sublimé à 1/2000 sont poussées dans la cavité suppurante et un pansement iodoformé et ouaté compressif est appliqué.

On peut ne le renouveler que tous les deux jours.

La guérison se fait généralement en 12 à 15 jours. Si les incisions ont été suffisantes, il ne reste pas de fistules.

Dans les formes diffuses, gangréneuses, l'affection peut être traitée avec avantage par des incisions profondes, suffisamment espacées les unes des autres, pratiquées sous le chloroforme, avec le thermo-cautère.

Pour LES PHLEGMONS PROFONDS, dont le pronostic est toujours grave, il faut une intervention chirurgicale précoce et large. Les résolutifs sont essayés au début, la plaie initiale du doigt, de la main, du sein est bien soigneusement désinfectée et baignée antiseptiquement. Dès que l'on pourra soupçonner la formation du pus par l'intensité des phénomènes généraux, on interviendra chirurgicalement. Le patient étant anesthésié, on fera écarter le bras malade en abduction, par un aide qui devra rester immobile. La peau sera lavée et désinfectée; les instruments et les mains du chirurgien bien aseptiques. L'incision sera faite sur le bord inférieur du grand pectoral, longue de 6 à 8 centimètres, profonde et large dans la profondeur, le doigt décollera les *tissus, la sonde* cannelée ouvrira l'aponévrose clavi-pectorale et tombera dans la loge sous-aponévrotique où le doigt ira rechercher le ou les ganglions suppurés. Un gros tube à drainage sera placé dans la plaie et un lavage antiseptique terminera l'opération. Quand on intervient tard, une incision ne suffit plus, il faut poursuivre le pus sous la clavicule ou même au cou, parfois en arrière, sous l'omoplate et deux ou trois grandes incisions sont nécessaires. Chacune sera drainée et pansée à l'iodoforme et au coton hydrophile, avec un peu de compression. Il faut toujours se rappeler, quand on fait les incisions, que, dans l'aisselle, les vaisseaux et les nerfs sont accolés à la paroi externe, c'est-à-dire au bras, près du thorax; il n'y a à éviter sur la paroi interne que la mammaire externe, dont le trajet est oblique en bas, en dedans et en avant vers le mamelon ; sous la clavicule, le bistouri ne doit pas s'enfoncer de plus d'un centimètre, et le doigt seul peut terminer le débridement.

Dans tous les cas de phlegmons profonds, il faut administrer au malade du sulfate de quinine, de l'alcool, du vin, de la kola et autres toniques, en même temps que l'on calmera les douleurs par un peu d'opium et de morphine.

Dr Paul HUGUENIN.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat départemental des médecins de la Sarthe.

Réunions particulières du Bureau.

11 janvier 1896.

Présents : MM. de Paoli, *Président*, Mélisson, Bolognesi, Codet, Salomon, Ledrain.

Assistance médicale gratuite.

Sur la proposition du docteur Salomon, le Bureau émet le vœu que l'Administration procure gratuitement aux Médecins de l'Assistance, le sérum antistreptococcique, pour être employé dans le cas de fièvre puerpérale chez les indigents.

Le Président est chargé de transmettre ce vœu à qui de droit.

Médecins étrangers.

Le docteur Salomon expose en quelques mots la situation de certains médecins étrangers, non naturalisés Français, qui sont chargés d'une circonscription médicale, au détriment de leurs confrères voisins — ceux-là Français — qui ont à supporter toutes les charges du service militaire.

Le Bureau se rangeant à son avis, émet le vœu suivant :

Le Syndicat médical de la Sarthe émet le vœu de ne voir accorder de service public — Assistance médicale, Service de la Protection, ou toute autre fonction rétribuée par l'Etat, le département ou les communes — qu'aux seuls Médecins Français exerçant dans le département de la Sarthe, à l'exclusion absolue des étrangers.

Questions diverses.

Le Président informe le Bureau qu'un Membre du Syndicat a cru devoir solliciter sa nomination de Médecin officiel d'une grande Administration de l'Etat, dont il s'engageait à soigner gratuitement le personnel.

Une telle attitude semble peu compatible avec la dignité professionnelle ; elle va de plus à l'encontre des intérêts matériels, et des Confrères qui sollicitent de telles faveurs, et des Médecins qui exercent à côté d'eux.

Après discussion, il est décidé qu'une circulaire sera adressée à tous les Médecins de la Sarthe pour les engager à ne pas accepter, en aveugles, les indemnités souvent plus apparentes que réelles que les Sociétés, les Administrations se proposeraient de leur allouer, et à leur refuser leur concours tant qu'elles ne consentiront pas à leur accorder un traitement convenable. Et dans ce cas, ils devront faire en sorte d'obtenir le tarif à la visite.

Le Président donne lecture d'une lettre d'un Sociétaire informant le Syndicat que l'hospice de sa localité doit être pourvu, d'ici peu, d'un troisième Médecin. La Commission administrative serait, paraît-il, favorable à la candidature d'un jeune confrère installé tout récemment.

Notre Sociétaire réclame l'appui du Syndicat pour faire valoir à qui de droit les raisons qui militent en faveur de sa nomination au poste à pourvoir.

Le Bureau, après examen de l'affaire, laisse au Président le soin d'agir au mieux des intérêts du Confrère.

Réunion du 14 mars 1896.

Présents : MM. de Paoli, *Président*, Ledrain, Bolognesi, Codet, Salomon, Vincent.

Sociétés de secours mutuels.

Le Président donne lecture d'une lettre du docteur Boucheron, d'Ecommoy, par laquelle il informe le Syndicat que le traité qui le lie avec la Société de secours mutuels de sa localité expirant au mois d'octobre prochain, il ne contractera pas de nouvel engagement sans avoir pris l'avis de ses collègues.

Le Bureau est d'avis de lui adresser une lettre de félicitations pour l'attitude, des plus correctes, qu'il montre dans cette circonstance.

Le docteur Codet entretient le Bureau du conflit survenu entre les Médecins de Chinon et la Société de secours mutuels de cette ville, qui avait la prétention de faire soigner, au tarif réduit, comme de simples ouvriers, des patrons, de gros rentiers et même un millionnaire. Les confrères de Chinon se sont entendus pour mettre un terme à une semblable prétention. Ils veulent bien continuer leurs soins aux ouvriers faisant partie de cette société, mais ils entendent se faire honorer convenablement par ceux qui peuvent le faire.

Ni les attaques, dont ils ont été l'objet dans la presse, ni les menaces, de la part de leurs adversaires, de faire appel à la concurrence, n'ont pu les faire revenir sur la détermination prise d'un commun accord ; ils sont décidés à lutter jusqu'au bout.

Dans ces conditions, et pour leur témoigner ses sentiments de solidarité, le docteur Codet propose que le Bureau vote l'adresse suivante qui sera transmise aux intéressés par les soins du Secrétaire :

« Le bureau du Syndicat des Médecins de la Sarthe envoie aux Médecins de Chinon l'expression de ses sympathies et ses bien sincères félicitations ponr l'entente confraternelle, dont ils donnent l'exemple en ce moment. »

Cette adresse est votée à l'unanimité.

Questions diverses.

Le Président a reçu dernièrement du Ministère du Commerce, une feuille de renseignement sur le Syndicat, son but, le nombre de ses Membres, le nombre des Membres du Bureau, etc., etc. Le nécessaire a été fait et la feuille, avec les renseignements donnés, a été retournée à Paris.

Le docteur Ledrain demande que le Bureau fasse une visite au Préfet, au Président du Tribunal civil et au Président du Tribunal de commerce. A son point de vue, la visite aux autorités judiciaires fournirait au Syndicat l'occasion de demander qu'au cas où, dans tout litige entre confrères et clients, le tribunal aurait besoin de l'avis d'un expert, cet expert fût choisi parmi les Membres du Syndicat.

Le bureau ne se range pas à cette opinion, tout en reconnaissant la nécessité de faire une visite au Préfet, au cours de laquelle on lui présentera les vœux admis dans la réunion du Bureau du mois de Janvier (Sérum antistreptococcique — médecins étrangers).

Le docteur Ledrain demande que les Médecins de l'Assistance aient droit à la gratuité du parcours sur les lignes de tramways, dans l'étendue de leur circonscription, au même titre que certains fonctionnaires.

Cette motion n'est pas prise en considération.

Le docteur Ledrain, reprenant le vœu formulé par le docteur Candé, demande de modifier l'article 10 des statuts qui fixe invariablement au jeudi l'Assemblée générale annuelle du Syndicat. Les confrères des localités où le marché tombe le jeudi, ne peuvent jamais assister à la séance. Ce serait de plus, paraît-il, la raison qui aurait empêché certains Médecins de faire adhésion au Syndicat. Avec le docteur Candé, il demande que le réunion nouvelle n'ait pas lieu, tous les ans le même jour.

La proposition du docteur Ledrain sera soumise à la prochaine Assemblée générale.

On passe ensuite à la nomination de la Commission chargée de l'élaboration du tarif minimum d'honoraires. Cette Commission est composée de cinq Membres : MM. Codet, Horeau, Peltier, Salomon et Vincent.

Réunion du 6 *Juin* 1896.

Présidents.

Présents : MM. de Paoli, Mélisson, Ledrain, Breteau, Codet, Salomon, Peltier, Vincent.

Excusé M. le docteur Michel.

Assurances accidents.

Le Président fait connaître que l'objet de la réunion est de se mettre d'accord sur la réponse qu'il vient de faire à la lettre suivante qu'un certain nombre de confrères ont reçue dernièrement :

« *Le Mans, le* 6 *juin* 1896.

« Monsieur le Docteur,

« Le Syndicat des Agriculteurs de la Sarthe a traité avec la *Compagnie La Providence* en vue de l'assurance des risques agricoles, c'est-à-dire des accidents survenus au personnel employé dans la culture.

« Les accidents doivent être constatés par un Médecin, qui certifie ensuite la possibilité où est la victime de reprendre son travail. Le Médecin de la Compagnie a donc deux visites à faire, l'une au moment de l'accident, l'autre à la guérison. Chacune de ces deux visites est payée 3 francs. La victime est libre de s'adresser, entre ces deux visites, au Médecin de son choix ; mais il n'est pas douteux que la plupart conserveront le Médecin primitivement appelé.

« La Compagnie s'engage donc à payer les deux visites dont il vient d'être question.

« Je vous serais oblige de me dire si vous voulez bien nous donner votre concours et si vous acceptez d'être dans ces conditions le Médecin de la *Compagnie La Providence.*

« Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, l'assurance de mes sentiments les plus distingués,

« *Le Président du Syndicat des Agriculteurs de la Sarthe*,

« L. LEGLUDIC. »

Après discussion il est décidé que la circulaire suivante sera adressée à tous les Médecins du département.

« Cher Confrère,

« Vous avez peut-être reçu la circulaire du Syndicat des Agriculteurs de la Sarthe, vous proposant d'accepter 3 francs pour constatation des accidents chez les ouvriers agricoles et 3 francs pour constatation de la reprise du travail.

Le Bureau de notre Syndicat s'est immédiatement réuni et il a été décidé d'inviter ceux de nos Confrères qui ont été choisis à accepter ces propositions.

« *Mais en y ajoutant le prix du déplacement, quand il y aura lieu, suivant le tarif de* 1 *franc par kilomètre à l'aller seulement et à partir du* 3ᵉ *kilomètre.*

« Nous prions ceux d'entre vous qui auraient accepté, sans cette restriction, d'écrire de nouveau pour informer le Syndicat des Agriculteurs qu'ils se conforment aux décisions du Syndicat médical.

« Nous ne doutons pas un instant que les décisions prises par le Bureau ne soient suivies par tous. »

Le docteur Vincent, au nom du docteur Hervé, demande dans quelles conditions les Membres du Syndicat doivent prêter leur concours aux Sociétés de Secours Mutuels.

Le Bureau est d'avis que cette question doit être l'objet d'une étude spéciale, et qu'elle sera portée à l'ordre du jour d'une prochaine réunion.

Réunion du 1er juillet 1896.

Présents : MM. de Paoli, *Président*, Ledrain, Bolognesi, Codet, Salomon, Breteau, Vincent.

Le Président est heureux de constater que le Syndicat des Agriculteurs de la Sarthe a accepté les conditions du Syndicat médical de la Sarthe.

Exercice de la médecine par les médecins militaires.

Le docteur Salomon appelle l'attention du Syndicat sur l'exercice de la médecine par les Médecins militaires du camp d'Auvours.

Le Président est tout disposé à faire le nécessaire pour mettre fin à cet état de choses. Il ira voir le Directeur du service de santé; il informera, s'il le faut, le commandant en chef du IVe corps d'armée. Mais avant de tenter toute démarche, il est nécessaire qu'il ait entre les mains un dossier qui devra comprendre le nom des malades traités, la date des visites et le nom des Médecins militaires traitants. Il appartient aux Confrères qui ont à souffrir de cet abus de lui fournir tous renseignements utiles. C'est un sujet de plaintes dont le Syndicat peut s'armer.

Tarif d'honoraires.

Le Bureau s'occupe ensuite du tarif minimum d'honoraires élaboré par la Commission nommée à cet effet. Ce tarif est discuté et adopté article par article. Il sera imprimé et adressé à tous les médecins de la Sarthe, et présenté à l'approbation du Syndicat dans sa réunion générale annuelle.

(*A suivre.*)

REPORTAGE MÉDICAL

Viennent de paraître à la librairie Maloine, 21, 23, Place et Rue de l'Ecole-de-Médecine à Paris :

1° *Traité de kinésithérapie gynécologique* (massage et gymnastique), nouvelle méthode de diagnostic et de traitement des maladies des femmes, par H. Stapfer, ancien chef de clinique obstétricale et gynécologique de la Faculté de Paris, chargé de mission en Suède pour l'étude du traitement de Brandt (1891). Préface de A. Pinard, professeur à la Faculté de Paris, membre de l'Académie de médecine. Un volume in-8 avec 224 figures et le portrait de Brandt. — Prix : 12 fr.

C'est l'étude expérimentale et raisonnée du système de Thure Brandt.

2° *Traitement de la tuberculose pulmonaire dans les Sanatoria par le Dr Paul Beaulavon.*

— *Exonération des frais de désinfection en faveur des médecins de Paris.*— On sait qu'à Paris, la base de perception des taxes des désinfections opérées par le service municipal pour le compte des particuliers est établie suivant le montant du loyer. Plusieurs médecins de la capitale avaient demandé à ce service la désinfection de vêtements et de linges portés par eux et dont ils redoutaient la contamination, mais la part contributive que comporte l'élévation de leur loyer leur rendait onéreuse la répétition plus ou moins fréquente de cette mesure prophylactique. Cependant il est d'un grand intérêt pour la santé publique de pouvoir faciliter et généraliser de telles mesures, alors surtout qu'il s'agit de personnes qui, par leur profession, sont appelées à être souvent en contact avec des malades atteints d'affections transmissibles.

Dans ces conditions, le préfet de la Seine vient, après délibération conforme du Conseil municipal de Paris, d'accorder l'*exonération complète de toute participation aux frais de désinfection aux membres du Corps médical, lorsque celle-ci est demandée dans un intérêt professionnel.*

Il serait à souhaiter qu'une mesure aussi libérale et aussi juste, fût prise dans toutes les villes où il existe un service municipal de désinfection.

— *Tribunal médical dans le duché de Luxembourg.* — Dans le grand-duché de Luxembourg, c'est le Collège médical, qui est investi, concurremment avec les tribunaux, du pouvoir disciplinaire sur toutes les personnes chargées d'exercer l'art de guérir. Ce collège comprend, outre le président quatre médecins, dont deux doivent être docteurs en médecine, chirurgie et accouchements, et deux pharmaciens, désignés par le Grand-Duc, auquel on soumet deux listes doubles de candidats, présentées, l'une, par le Collège médical, et l'autre, par la Régence du pays. Voici l'article de l'arrêté organique du service médical visant ce point spécial :

« Lorsqu'une personne autorisée à exercer une branche quelconque de l'art de guérir ou une profession qui s'y rattache, se rendra coupable de fautes graves ou d'actions immorales, le Collège médical réuni en Chambre de discipline a le droit de la citer devant lui pour l'admonester ou la réprimander. Dans les cas graves, les tribunaux pourront prononcer une suspension provisoire, ou même, selon les circonstances, une révocation définitive.

« Le Collège médical peut faire des admonestations et des réprimandes. La suspension temporaire et la révocation sont du ressort exclusif des tribunaux du grand-duché. Quoi qu'il en soit, il est probable que des tribunaux d'honneur seront institués en Prusse dans peu de temps. »

(*Les Tablettes médicales.*)

— *Les patentes des dispensaires et cliniques.* — La commission parlementaire de la réforme des patentes a adopté une proposition de M. Berry, exemptant de la patente les dispensaires et cliniques où les soins sont donnés gratuitement.

— *Réunion de la Société française d'otologie et de laryngologie en* 1897. — La session annuelle de la Société française d'otologie et de laryngologie s'ouvrira à Paris le 3 mai prochain.

Le Dr Yersin à Bombay. — Le Dr Yersin, qui vient d'être nommé officier de la Légion d'honneur, à la suite de ses applications de la sérothérapie au traitement de la peste, est arrivé à Bombay, et mis à la disposition des autorités anglaises par le ministère des colonies, dont il relève. Une commission a été nommée pour combattre sous sa direction le développement du fléau qui a déjà tué plus de 6.000 personnes dans la ville et s'est répandu de façon si inquiétante dans les localités en communication avec elle.

— Viennent de paraître : *La Thérapeutique simpliste*, manuel du médecin dosimètre, du Dr *Toussaint*, et *La Thérapeutique de l'avenir* : les deux thérapies classique et dosimétrique du Dr Ferrau, de Lyon, 54, rue des Francs-Bourgeois, Paris.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.172. — M. le docteur Sarrot, de Gannat (Allier), membre de la Société des Sciences médicales de Gannat.

N° 4.173. — M. le docteur Hervé, à La Mothe-Beuvron (Loir-et-Cher), membre de l'Association des médecins du Loir-et-Cher.

Le Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 12 20 Mars 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La proposition Michelin.

Il n'est bruit, dans le Landerneau médical, que du petit code criminel, en vingt lignes, rédigé dernièrement, pour notre usage, par un bouillant député de Paris, qui va le soumettre à ses collègues.

Ah! nous n'étions guère habitués à tant de sollicitude de la part de nos mandataires.

Rattraperont-ils jamais l'arriéré à ce sujet ? Nous en doutons, même après avoir lu la proposition Michelin.

Celle-ci part d'un bon sentiment. On veut éviter aux médecins les affres de la suspicion, dont les députés ont tant souffert, depuis le Panama, qui n'est pas encore liquidé.

Le remède s'administrerait sous la forme suivante :

Proposition de loi ayant pour objet de prévenir et de réprimer les abus commis dans l'exercice de la médecine, présentée par M. MICHELIN, *député.*

EXPOSÉ DES MOTIFS.

Messieurs,

L'exercice de la médecine qui, autrefois, était considéré par l'universalité des médecins comme un *véritable sacerdoce*, semble aujourd'hui n'être considéré, par un certain nombre d'entre eux, que comme un simple trafic et comme un simple moyen d'exploitation et de lucre.

Il en résulte un discrédit incontestable pour la profession médicale, dont souffrent profondément les médecins honnêtes et sérieux. Malheureusement, les récents scandales, dont des cliniques libres ont été le théâtre et qui ont vivement ému l'opinion, ne sont pas de nature à faire disparaître ce discrédit.

Assurément, le médecin doit vivre de sa profession, mais il doit se garder d'exploiter le malade qui a placé sa confiance en lui. *Il n'est pas rare* aujourd'hui de voir certains médecins pousser à la visite, faire des opérations parfaitement inutiles et demander des honoraires vraiment fabuleux, au malade qu'il a en quelque sorte hypnotisé par la frayeur de la maladie et en même temps par la promesse de la guérison. Ces médecins sans scrupules, qui ne sont que des charlatans diplômés, ne reculent pas devant les procès et au besoin ils font saisir et vendre les biens du malade. C'est assurément leur droit strict, mais ce procédé est contraire aux sentiments d'humanité, qui devraient être le mobile principal de la profession.

Il n'est pas rare non plus de rencontrer des associations de médecins, de chirurgiens, de directeurs d'établissements thermaux, de pharmaciens et de sages-femmes, formées dans le but unique d'exploiter les malades et de réaliser des bénéfices souvent considérables, au détriment de ces derniers. C'est la course au clocher des honoraires et le recours aux procédés suspects et interlopes. C'est encore un nouveau procédé mis à la mode par certains chirurgiens et qui consiste à partager, avec le médecin de quartier, les honoraires de l'opération que celui-ci lui a fait avoir. Le médecin de quartier sert alors de rabatteur aux prétendus grands médecins ou grands chirurgiens et il est à craindre qu'il ne désire et ne conseille souvent des opérations plus ou moins inutiles, dans le but unique de participer à des bénéfices souvent considérables.

De récents scandales ont démontré que les cliniques libres peuvent constituer un véritable danger public. La loi n'a organisé aucune mesure de surveillance ou de police sur ces cliniques où, par conséquent, de véritables crimes peuvent être très facilement commis à l'abri d'un diplôme de docteur en médecine. Il y a là une lacune que nous vous proposons de combler en décidant : 1° que ces cliniques ne pourront être installées et ouvertes qu'en vertu d'une autorisation préalable du préfet de police à Paris, du préfet du Rhône, à Lyon, et du maire dans les autres communes ; 2° qu'elles seront soumises à la surveillance constante de commissions composées de médecins et *d'autres personnes honorables ?* désignés par le préfet de police, le préfet du Rhône, ou le maire de la commune, suivant les cas. Un règlement d'administration publique déterminera les conditions que devront remplir les cliniques libres, pour obtenir l'autorisation.

Nous vous demandons, en outre, d'étendre les peines de l'article 405 du Code pénal à tout médecin qui sera convaincu d'avoir pratiqué ou fait pratiquer une opération inutile, ou d'avoir abusé

du malade, pour lui extorquer de l'argent en agissant sur son moral, soit par menaces de maladies ou de complications de maladies, soit par promesse de guérison.

Nous vous demandons, enfin, d'interdire aux médecins toute affiliation avec des pharmaciens, sages-femmes ou directeurs d'établissements thermaux, formée dans le but de participer aux bénéfices résultant de la vente des médicaments. Il doit également être interdit aux médecins de se faire rémunérer par d'autres médecins ou chirurgiens, pour leur avoir procuré des malades ou des opérations chirurgicales.

Tous ces actes sont immoraux et dangereux ; de plus, ils portent une grave atteinte à la dignité professionnelle, puisqu'ils constituent de véritables escroqueries.

Nous vous demandons de les faire cesser et de les réprimer sévèrement, car il est grandement temps de mettre un frein aux scandales que certains médecins peu scrupuleux ne craignent pas de provoquer, sans s'inquiéter du discrédit qu'ils jettent sur leurs confrères honnêtes et sérieux.

PROPOSITION DE LOI.

ARTICLE PREMIER.

Les cliniques libres ne peuvent être installées, sous peine d'une amende de 50 à 500 francs et d'un emprisonnement de huit jours à six mois, sans autorisation du préfet de police à Paris, du préfet du Rhône à Lyon, et du maire dans les autres communes. Ces cliniques demeurent constamment soumises à la surveillance du préfet de police à Paris, du préfet du Rhône à Lyon, et du maire dans les autres communes.

Un décret d'administration publique déterminera les conditions que les cliniques libres devront remplir pour être autorisées, ainsi que la manière dont la surveillance du préfet de police, du préfet du Rhône ou du maire devra être exercée.

ART. 2.

Tout médecin, qui sera convaincu d'avoir pratiqué ou fait pratiquer une opération inutile et, en général, d'avoir abusé d'un malade, en impressionnant son moral par menaces de maladies ou promesse de guérison, pour lui extorquer de l'argent, sera puni des peines édictées par l'art. 405 du Code pénal.

ART. 3.

Il est interdit aux médecins de s'affilier avec des pharmaciens, sages-femmes ou directeurs d'établissements thermaux ou de maisons dites de santé, dans le but de partager les bénéfices provenant de la vente des médicaments qu'ils auront prescrits, ou de se faire faire des remises par ces derniers. Les affiliations de ce genre sont punies des peines édictées par l'article 401 du Code pénal.

Cette énorme pilule (d'aucuns diraient boulette) n'a pas été dorée comme on l'eût fait pour de simples malades.

L'exposé des motifs est nu comme la vérité, ressemblance évidemment cherchée pour les besoins de la cause.

Mais, passons sur ces *il n'est pas rare*, dont nous laissons la responsabilité à l'auteur, en le priant seulement, au nom des ruraux, de s'entendre, à ce sujet, avec les confrères parisiens dont il représente les intérêts, et les seuls qu'il ait sans doute vus à l'œuvre.

En revanche, nous devons nous arrêter sur les trois articles substantiels que les fâcheux progrès accomplis dans la voie de la démoralisation professionnelle, depuis 1892, obligeraient à ajouter à la loi Chevandier.

A l'article 1er, autorisation et surveillance des cliniques, nous ne ferons qu'une objection, modeste mais fondée. Qui casera-t-on dans ces sinécures d'inspection et de contrôle ? Si on recrute ces fonctionnaires comme des commissions administratives des hôpitaux de province, ou, si on les emprunte au personnel si rempli de tact et de compétence de la préfecture de police, en y adjoignant quelques vagues médecins pour la forme, il est à craindre que cela ne marche pas tout seul.

Si, au contraire, on charge de la chose des commissions purement médicales, elles seront suspectes de tendresse, de complicité, etc.... ou d'hostilité préconçue. Il faudra donc, dans ce genre de contrôle, un doigté bien difficile à acquérir.

L'article 3, qui semble, à première vue, une superfétation, après la loi Chevandier, met en réalité sur la sellette bien des gens qui ne s'y attendaient guère, particuliers ou sociétés. Nous cherchons, en vain, le magistrat qui voudra requérir la pleine application de cet article : la tâche est au-dessus des tribunaux de notre époque. L'Ordre des médecins ou les chambres médicales sont seuls capables de poursuivre ce rêve.

Quant à l'article 2, c'est effrayant ce qu'il contient dans ses cinq lignes :

1° La suspicion légalement organisée contre une profession, qui ne saurait subsister sans la bonne foi et la confiance ;

2° Comme première conséquence, l'abandon de milliers de malades à leur malheureux sort, par la crainte du médecin de voir ses soins qualifiés d'inutilité ; cancéreux, tuberculeux, etc.. ;

3° La profession médicale, déjà si lourde, abandonnée à cause de l'épée de Damoclès suspendue sur tous ses membres. (L'encombrement professionnel, en revanche, ne résisterait pas à ce coup-là.)

Si c'est bien là ce que veulent députés et journalistes, qu'ils nous le disent,... quand ils sont malades.

Pour nous, qui voulons rester sérieux et pratiques, même au milieu de l'emballement général, nous n'avons que cette seule réponse à opposer à tous ces gens en passe de bienveillance et de sollicitude à notre égard :

« *S'il faut de la police dans nos rangs, qu'on nous donne au moins le droit de la faire nous-mêmes.* »

Dr H. JEANNE

LA SEMAINE MÉDICALE

L'appendicite : diagnostic et traitement chirurgical.

M. *Sonnenburg*, de Berlin, a fait ressortir, à la dernière réunion des chirurgiens berlinois, les difficultés du diagnostic de l'appendicite avec les différentes tumeurs de la région iléocœcale.

Dans un cas, une laparotomie pratiquée pour une appendicite, fit découvrir une tuberculose de l'appendice et du péritoine péricœcal. Dans un autre cas, on trouva au lieu d'une appendicite, une tumeur fibro-myomateuse, entourée d'une couche de pus et emprisonnée dans des adhérences.

Les abcès musculaires, rares à la vérité, peu-

vent aussi donner lieu à une erreur de diagnostic. C'est ainsi, que chez un garçon de 17 ans, chez lequel on trouvait un empâtement diffus de la région iléo-cæcale, l'opération montra l'existence d'un abcès entre les muscles transverse et oblique de l'abdomen. L'étiologie de cet abcès n'a pu être élucidée.

Les affections du foie et des canaux biliaires se présentent quelquefois avec tous les signes de la pérityphlite. M. Sonnenburg a eu ainsi à opérer une femme sujette à des accès d'appendicite et prise brusquement de phénomènes d'étranglement interne. Il fit la laparotomie et alla tout droit vers l'appendice qu'il trouva un peu gros, mais nullement enflammé. En dévidant alors l'intestin, il tomba sur une anse d'intestin grêle qui contenait un gros calcul biliaire.

Fréquemment encore, on confond l'appendicite avec une lésion utérine ou annexielle, et le diagnostic est particulièrement difficile, quand il y a coexistence de lésion appendiculaire et de lésion utérine. C'est ainsi que M. Sonnenburg a trouvé trois fois de l'appendicite à la place de la péri-métrite diagnostiquée, et deux fois de la péri-métrite à la place de l'apppendicite diagnostiquée.

Au point de vue de l'incision de l'appendicite, M. le Dr *Verchère* distingue deux formes, l'une septicémique, l'autre phlegmoneuse (*Médecine moderne*, décembre 1896) :

1° *Forme septicémique*. — Elle comprend des cas que l'on est forcé d'opérer, parce qu'ils sont désespérants dès le premier jour ; des cas fatalement mortels, et auxquels on peut donner une seule faible chance de guérison, si l'on peut opérer dès le début. La laparotomie médiane, avec lavages du péritoine, n'est pas absolument nécessaire. La laparotomie sus-iliaque pourra souvent suffire, à condition d'être large, et de permettre d'atteindre le cœcum et l'appendice que l'on peut réséquer, que l'on peut et que l'on doit chercher. Le ventre ne doit pas être refermé, il faut recourir au tamponnement à la Mickulicz.

2° *Forme phlegmoneuse*. — Le diagnostic peut être fait. On doit attendre, 4 ou 5 jours, la formation de la tumeur en surveillant l'état général. Il faut inciser dès que la tumeur est accessible, dès qu'on la sent nettement, sans attendre la fluctuation.

Il faut inciser au-dessus de l'arcade crurale, ou mieux, inciser où il y a du pus. Il faut passer en arrière du cœcum ; c'est là que l'on trouve la collection principale et l'appendicite parfois. Ne pas oublier que les localisations peuvent être multiples, et qu'il faut les chercher sans dégâts, en s'aidant du palper et du toucher. Ces poches reconnues doivent être crevées. Quant à l'appendice, on devra le cueillir, si on le voit flotter, débris informe, au milieu de la collection, mais seulement dans ce cas. Ces recherches d'un appendice réduit à l'impuissance, ont été l'origine de ruptures d'adhérence, d'ouverture de la grande cavité et d'infection secondaire. La plaie doit être drainée et bourrée de gaze iodoformée ou autre. Puis, peu à peu tout rentrera dans l'ordre, après élimination de l'appendice, du corps étranger ou de la boulette fécale, qui a été la cause de tout le mal.

Contre-indications de la digitale.

Il existe quatre affections du cœur, pour lesquelles le traitement par la digitale est contre-indiqué : l'insuffisance aortique, le rétrécissement aortique, la tachycardie toxique, les palpitations d'origine extra-cardiaque, chez les cardiopathes.

La digitale, dans le rétrécissement aortique, comme dans toute lésion cardiaque bien compensée, est un non sens, quand il n'y a pas d'asystolie ; on peut cependant la donner, mais à doses faibles et répétées, quand le malade présente de l'éréthisme cardiaque comme dans le cas présent, et M. Potain s'est bien trouvé de l'association du bromhydrate de quinine et de la digitale, suivant cette formule :

Bromhydrate de quinine....	1 gr. 50.
Poudre de digitale..........	0 gr. 50.

Pour 10 pilules. Prendre 1 pilule par jour pendant 10 jours.

Dans les cas de tachycardie toxique, la digitale ne peut rien, et le régime lacté exclusif parviendra à faire disparaître ces trois symptômes : dyspnée toxique, tachycardie, bruit de galop. La dyspnée disparaîtra en premier lieu, au bout de 5 à 10 jours, puis la tachycardie, enfin le bruit de galop résistera plus longtemps, pendant des semaines ou des mois ; mais il finira par disparaître sous l'influence du régime alimentaire.

Quand un malade, aortique ou mitral, se plaint de palpitations, il ne faut pas toujours mettre celles-ci sur le compte de l'affection du cœur. Ce malade peut être dyspeptique, il peut avoir fait abus de tabac, de café, de thé et avoir des palpitations tenant à ces différentes causes. Au point de vue clinique et thérapeutique, ces faits ont une importance considérable ; car, au lieu de prescrire la digitale, il suffira tantôt de traiter la dyspepsie, tantôt de supprimer le tabac, le café ou le thé, pour voir disparaître ces palpitations.

Le sulfate de quinine comme agent accélérateur du travail de l'accouchement.

Le sulfate de quinine, d'après le Dr *Schwab*, dans la *Médecine moderne*, est un agent accélérateur du travail, qui rend fortes et efficaces des contractions qui sont faibles, et réveille celles qui sont éteintes.

Il ne saurait en aucune façon agir comme abortif, c'est-à-dire mettre en branle la contractilité utérine, sauf chez certaines personnes très sensibles à ce médicament.

Il doit être donné comme agent ocytocique, à la dose de 1 gr. en deux cachets de 0,50 centig. à 10 minutes d'intervalle.

Il est indiqué, chez la femme en travail, quand on constate l'insuffisance des contractions utérines, pendant la période de dilatation du col, et que cette insuffisance menace la santé de la mère ou la vie de l'enfant. On le prescrira donc quand, avant la rupture des membranes, le travail traîne par trop en longueur, épuisant la femme ; mais surtout quand, après l'écoulement du liquide amniotique, on a intérêt à voir l'accouchement se terminer le plus vite possible, afin d'éviter à la femme les dangers de l'infection, à l'enfant la mort par asphyxie. Il est in-

diqué, en somme, dans les cas où autrefois on n'eût pas hésité à administrer de l'ergot de seigle.

Mais le sulfate de quinine présente ce grand avantage d'être une substance inoffensive et pour la mère et pour l'enfant. Il est donc toujours indiqué de donner le sulfate de quinine dans l'inertie utérine, soit que les autres moyens de réveiller les contractions utérines aient échoué, soit qu'on n'ait pas sous la main un écarteur de Tarnier ou un ballon de Champetier ; soit enfin qu'on l'emploie comme moyen adjuvant, quitte à recourir ultérieurement, en cas d'échec, à l'application de l'écarteur, du ballon ou du forceps. Une particularité cependant à signaler, après l'administration de la quinine pendant le travail, c'est qu'il y a, pendant la période de délivrance et un peu après, une légère tendance à l'hémorrhagie utérine. Mais cette hémorrhagie est peu abondante et peu redoutable : il suffit d'être prévenu et de conjurer cette inertie utérine *post partum*, au moyen de quelques injections chaudes et de frictions sur l'utérus.

Jusqu'à quel point la quinine est-elle responsable de ces petites hémorrhagies ? L'utérus retombe-t-il simplement, au moment de la délivrance, dans l'inertie, pour laquelle on a prescrit la quinine pendant l'accouchement ? Ou bien la quinine doit-elle être directement incriminée comme substance vaso-dilatatrice, agissant sur les vaisseaux utérins ?

Au point de vue pratique, il suffit de signaler la possibilité de l'inertie utérine survenant au cours de la délivrance, après l'administration du sulfate de quinine. Mais cette particularité ne semble pas devoir contre-indiquer l'emploi de la quinine comme agent ocytocique.

L'ulcère des pays chauds et le clou de Biskra.

D'après le Dr *Louis Dumont*, l'ulcère des pays chauds est caractérisé par :

1° L'apparition spontanée d'une ulcération débutant par une vésico-pustule. On ne trouve dans aucun cas, ni varices, ni traumatisme, ni piqûre d'insecte ;

2° La tendance de l'ulcération au décollement et sa lenteur *relative* à bourgeonner ;

3° La ressemblance de l'ulcération avec le furoncle (au début), à tel point qu'elle a pu être prise pour telle ;

Et 4°, sa résistance au simple traitement antiseptique, sa rétrocession, sous l'influence de topiques toniques.

Il doit s'agir d'un trouble dans la circulation dermique, d'une sorte d'anémie cutanée locale, produite par l'action prolongée d'une haute température.

L'ulcère annamite n'est guère autre chose qu'une plaie, dont le processus de réparation est arrêté, qui s'ulcère au lieu de bourgeonner. C'est toujours l'indice d'un vice de nutrition cutanée.

Le clou de Biskra et l'ulcère annamite, ont une origine commune, une cause identique, l'action prolongée et incessante de la chaleur. Le traumatisme ou le microbe n'est que la cause occasionnelle.

De même que les hautes températures, par leur simple action prolongée sur l'organisme, donnent lieu à une anémie générale, sans intervention de l'élément palustre, de même sont-elles susceptibles de provoquer des troubles de la circulation cutanée, réalisant ainsi un ensemble de *loci minoris resistentiæ*.

Le soleil possède, d'ailleurs, à son actif les brûlures superficielles connues sous le nom de *coups de soleil*, constituant une sorte de forme aiguë, mais légère et superficielle de son action sur la peau. Pourquoi ne pas admettre une forme chronique, mais profonde et destructive, l'*ulcère des pays chauds* ?

Traitement abortif du furoncle par les scarifications et les pansements humides.

M. le Dr *Dumont* conseille, pour faire avorter les furoncles, de pratiquer des scarifications en quadrillage, distantes d'un à deux millimètres, intéressant tout le derme et dépassant légèrement la base de la papule furonculeuse. Ces scarifications sont peu douloureuses ; elles provoquent un soulagement immédiat, par la déplétion sanguine à laquelle elles donnent lieu. On favorise cet écoulement sanguin en lavant soigneusement, au moyen d'un tampon de coton hydrophile imbibé de sublimé au millième ou de toute autre solution antiseptique et on applique un pansement humide (sublimé ou acide phénique) (1). Dans la journée la sensation d'empâtement, la douleur disparaissent ; le lendemain le furoncle est absolument indolore et n'est plus représenté que par une petite papule surmontée d'une croûtelle sanguine. On peut supprimer le pansement et abandonner la papule à l'air libre.

Quelquefois, il faut recourir à une seconde séance de scarifications, le lendemain, jamais à une troisième.

Toutefois une condition essentielle du succès est que le traitement soit institué dès le début, ce qui est facile, le diagnostic du furoncle s'imposant généralement par la douleur tout à fait caractéristique que la pression de la papule provoque et l'empâtement du derme avoisinant, qui en résulte (2). Il est également indispensable de scarifier assez profondément, de manière à bien traverser le derme.

La supériorité de ce traitement très simple, sur l'incision cruciale, avec laquelle il a beaucoup d'analogie, semble provenir de ceci : les scarifications déterminent une saignée relativement abondante, qui entraîne le germe infectieux et, d'autre part, elles ouvrent une large surface d'absorption au topique antiseptique.

Un nouvel excipient pour les onguents ophthalmiques.

La *Gazette médicale de Liège* signale un inconvénient de la vaseline comme excipient des onguents ophthalmiques. La vaseline, en effet, détermine la congestion de la conjonctive, si elle n'existe pas déjà, et l'augmente si elle précède l'application de l'onguent.

Pour remplacer la vaseline, Thuma propose le mélange suivant :

(1) M. Dumont a toujours employé le sublimé au millième ou l'acide phénique à 2 p. 100.

(2) Les papules acnéiques se transforment en pustules (avec lesquelles on pourrait confondre) et donnent à la pression un peu de pus ou de sébum concrété, dont l'issue entraîne un soulagement immédiat et définitif.

Lanoline.............	3 drachmes	
Huile d'amande douce.	1/2	—
Eau distillée.........	1/2	—

Ce mélange ne provoque aucun malaise et a, en outre, l'avantage d'empêcher l'agglutination des paupières par les sécrétions. Il est le meilleur excipient de l'oxyde jaune de mercure et est apprécié des malades à cause de la sensation de bien-être qu'il produit. Il ne rancit pas quand on ajoute 2 grains d'acide borique à chaque once.

MÉDECINE PRATIQUE

Nous avons l'intention de passer en revue, dans une série d'articles, les différentes localisations actuellement connues de la Tuberculose, c'est-à-dire de l'infection par le bacille de Koch, et nous commencerons aujourd'hui cette étude, en observant l'ordre chronologique, par l'infection tuberculeuse des ganglions lymphatiques, la première localisation que l'on rencontre généralement chez l'enfant.

Tuberculose ganglionnaire.

La localisation du bacille de Koch, dans les ganglions lymphatiques, est extrêmement fréquente chez les enfants, même nouveau-nés ; mais on la rencontre aussi, parfois, chez les adultes et même chez les vieillards. Tantôt localisée dans un seul ganglion, tantôt au contraire, disséminée dans les chapelets ganglionnaires des grandes régions, cou, aines, aisselles, la tuberculose évolue différemment selon les terrains d'abord, selon les conditions hygiéniques et traumatiques où se trouvent les sujets ensuite. Il faut, en effet, faire entrer en ligne de compte dans l'histoire clinique de la tuberculose, la salubrité de la nourriture, des locaux habités, l'état de santé des personnes avec lesquelles on vit habituellement, la fréquence des contusions, chocs ou blessures auxquelles on est exposé, enfin la puissance de phagocytose, personnelle à chaque sujet. La tuberculose ganglionnaire est une manifestation de l'infection par le bacille de Koch, à laquelle on donnait autrefois les noms de lymphatisme glandulaire et de scrofulose. La scrofule ou scrofulose est aujourd'hui complètement démembrée par les nouvelles découvertes médicales ; les anciens symptômes de la scrofule, qui, naturellement, sont toujours invariables, sont rapportés presque tous à la tuberculose : ganglions engorgés et suppurés, gommes sous-cutanées, musculaires et cutanées, eczéma tuberculeux, lupus, végétations adénoïdes naso-pharyngiennes, otites, blépharo-conjonctivites et coryzas chroniques, sont autant d'affections distinctes que l'on englobait, autrefois, sous le nom de scrofule. Presque toutes sont dues au bacille de Koch, sauf peut-être les végétations adénoïdes, et encore ?

Nous diviserons l'étude de la tuberculose ganglionnaire en deux chapitres correspondant aux deux grandes formes cliniques que présente l'infection : 1° la polymicroadénite et 2° l'adénite tuberculeuse isolée.

I

La polymicroadénite.

Il y a de nombreux petits enfants qui présentent dans les régions cervicales, axillaires et inguinales des amas de petits ganglions *durs, mobiles, indolores*.

Depuis longtemps, on a regardé cet ensemble de phénomènes comme devant être attribué au lymphatisme. Plusieurs auteurs modernes et entr'autres le Dr *Legroux*, ont insisté sur la véritable signification de cette pléiade ganglionnaire généralisée ; c'est de la *tuberculose latente*.

Les bacilles de Koch charriés par les vaisseaux ou plus exactement par les leucocytes chargés du rôle de la phagocytose et insuffisants à remplir leur fonction, arrivent dans les ganglions lymphatiques, les trouvent sans résistance, s'y installent, comme des traîtres dans les souterrains d'une forteresse, cherchent à s'y maintenir, en attendant l'occasion favorable pour faire sauter les souterrains et se répandre dans les parties les plus faibles, les moins bien défendues de la citadelle, c'est-à-dire dans les poumons, dans les méninges, dans le péritoine ou ailleurs.

C'est précisément ce caractère de latence qui fait que l'engorgement ganglionnaire est indolore ; les bacilles y vivent et s'y reproduisent sans vigueur, ne rencontrant pas, dans tout l'organisme, un milieu suffisamment favorable à leur pullulation. Ils peuvent ainsi rester cantonnés des années, sans pouvoir arriver à produire aucun dégât sérieux dans les ganglions mêmes qu'ils habitent, et attendant l'occasion favorable.

Cette occasion sera fournie, d'abord par la négligence du sujet, qui ne se soigne pas, ou bien par une série de fatigues, d'excès, qui auront surmené l'économie et diminué sa résistance, ou bien encore, par un ou plusieurs traumatismes qui, amenant une congestion intense des os ou du poumon, créeront une sorte d'appel à l'infection.

Les nouveau-nés chétifs, débiles, très maigres ont souvent par le seul fait de leur athrepsie, des pléiades ganglionnaires inguinales, axillaires et cervicales, facilement perceptibles par la palpation. Est-ce là, la polymicroadénite tuberculeuse ? La plupart du temps, oui : toutefois, il y a quelques exceptions. Quand les ganglions ne sont apparents et perceptibles sous les téguments, que par suite de l'amaigrissement extrême, quand tous les organes, veines, tendons, os, nerfs sont saillants et tangibles sous la peau diaphane et amincie du petit cadavre vivant de l'athrepsique, quand les ganglions sont du volume de petits pépins d'oranges, ce sont les ganglions normaux et non des ganglions infectés de bacillose. Mais, quand l'enfant ne présente de véritablement saillants et de nettement limitables sous la peau, que les ganglions réunis en chapelet et ayant le volume de petits noyaux de cerises, quand l'enfant est pâle, faible, sujet à des poussées fébriles fréquentes, quoique se nourrissant en apparence assez bien, il n'y a pas à hésiter : les ganglions sont infectés, c'est de la polymicroadénite tuberculeuse.

Pour les enfants de quelques mois, l'hésitation que nous venons de signaler et de trancher, est permise. Mais, pour les enfants de deux ans, à 16 ans, le doute n'est pas possible ; la constatation de pléiades ganglionnaires dans les aines, au cou, sous le menton, devant les oreilles, aux aisselles, (le long de la paroi interne) indique la polyadénite tuberculeuse.

Quel traitement peut-on opposer à cette localisation infectieuse ? L'administration méthodique et systématique de l'huile de foie de morue, de l'iode et de l'arsenic, en même temps qu'une sérieuse hygiène alimentaire et respiratoire. L'huile de foie de morue s'administre par cuillerées à soupe, une, deux, quatre, six par jour progressivement, à condition qu'elle soit bien digérée et n'entrave pas l'alimentation. En même temps, on doit avoir recours à l'iode sous forme de *teinture d'iode* ou *d'iode ioduré*. La teinture d'iode se prend à la dose de III à V gouttes avant chaque repas, suivant l'âge, dans un peu de vin ou de grog. L'iode ioduré se prend à la dose de cinq centigrammes à vingt centigrammes en 24 heures de la manière suivante :

Prendre 1 cuill. à dessert. après chaque repas, pour les enfants de 3 à 8 ans et 1 verre à madère après chaque repas. pour les enfants de 8 à 16 ans du vin suivant :

Teinture d'iode.........	5 grammes.
Iodure de potassium.....	15 gr.
Sirop de gentiane.......	200 gr.
Vin de Banyuls..........	q.s. pour un litre.

L'iode ne doit être continué que pendant 15 à 20 jours de suite, avec un repos de 10 jours environ.

Pendant ces dix jours. on donnera *l'arsenic* sous forme *de liqueur de Fowler* à la dose de III gouttes à X gouttes par jour progressivement, en commençant toujours par III gouttes et augmentant d'une goutte par jour jusqu'à ce qu'on soit arrivé à dix gouttes, puis, continuant ces dix gouttes pendant 3 jours seulement.

Le Dr Legendre conseille le régime suivant : Faire prendre successivement pendant 15 jours chacune des préparations suivantes au milieu des repas :

1° Iodoforme.............. 0 gr. 60
Extrait de gentiane....... Q. S.
pour faire 30 pilules 2, à 4 par jour.

2° Liqueur de Fowler III à X gouttes par jour, ou bien :

Arséniate de soude..... 0.10 centigr.
Eau distillée........... 300 gr.
1 cuill. à café à chaque repas.

3° Iodure de calcium........... 6 gr.
Eau de chaux............... 50 gr.
Eau distillée de menthe...... 100 gr.

2 à 4 cuillerées à café par jour.

4° Sirop d'iodure de fer du codex 2 à 3 cuillerées à soupe par jour.

Trois fois par semaine, un bain de vingt minutes contenant :

Bromure de sodium.........	10 gr.
Chlorure de sodium.........	500 gr.
Carbonate de soude.........	100 gr.

Conjointement à ce traitement interne, on fera faire. tous les deux ou trois jours, sur les polymicroadénites, des badigeonnages de teinture d'iode ou des frictions de pommade iodurée au 1/10.

Enfin, l'alimentation sera surveillée au point de vue de la transmission possible de la tuberculose, encore plus strictement que pour un sujet sain : le lait bouilli ou stérilisé, la viande suffisamment cuite, l'eau convenablement filtrée.

Les exercices au grand air, le séjour dans un endroit élevé, dans une station d'altitude, (Auvergne, Pyrénées, Alpes), ou plutôt au bord de la mer sont les compléments quasi indispensables du traitement médicamenteux.

II

Adénites tuberculeuses isolées.

Les adénites tuberculeuses isolées se voient plus généralement chez les adolescents en voie de développement, principalement à l'époque de la puberté ; mais, on en rencontre chez des sujets de tout âge. adultes, vieillards même.

Ces adénites sont le plus souvent cervicales et leur évolution aboutit ordinairement à la suppuration, à la formation de fistules, puis de cicatrices rouge-violacé, saillantes ou creuses, qui portent dans le monde les noms « d'humeurs froides, d'écrouelles, de bubons scrofuleux. »

Les gommes cutanées ulcérées et les abcès dentaires avec périostite et fistules maxillaires donnent lieu aussi à d'affreuses cicatrices indélébiles, que l'on désigne sous les mêmes noms dans le public, mais qui n'ont pas, en somme, la même origine, ni la même signification.

Les adénites tuberculeuses se montrent aussi aux aines et aux aisselles, mais rarement symétriquement.

Elles peuvent être uniques ou multiples ; le plus souvent, à une première adénite guérie, en succède une autre, dans le ganglion voisin et ainsi de suite quelquefois, jusqu'à ce que tous les ganglions d'une région aient successivement été infectés.

Parfois, au contraire, une seule adénite cervicale ou axillaire paraît épuiser à elle seule toute la virulence bacillaire et, après sa guérison, l'infection paraît tarie.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, l'adénite tuberculeuse présente les caractères spéciaux de la bacillose : ce sont dans le parenchyme ganglionnaire, des néoformations de nature inflammatoire, essentiellement cellulaires, revêtant en général la forme de granulations isolées ou confluentes. Les granulations tuberculeuses sont de petits nodules grisâtres, très durs, adhérents au tissu qui les contient, essentiellement constitués par une agglomération de cellules de formes variées et ne contenant jamais de vaisseaux. « Sur une coupe, à un faible « grossissement, la granulation tuberculeuse « est composée : 1° d'une zône périphérique « formée de cellules embryonnaires, dont quel« ques-unes sont devenues fusiformes ; cette « couche s'infiltre dans les tissus voisins, et « c'est elle qui détermine l'encadrement du tu« bercule ; c'est elle aussi qui, dans certains cas, « par la transformation de ses éléments em« bryonnaires en éléments fibroplastiques, pro« duit l'enkystement du tubercule, sa guérison; « 2° d'une région centrale, où les éléments sont « serrés, pressés les uns contre les autres, réunis « par une substance d'apparence fibrillaire et « réticulée, s'atrophiant, se nécrosant, subis« sant la dégénérescence granuleuse.

« Avec un grossissement plus fort, on voit, çà « et là, disposées loin les unes des autres, sur dif« férents points de la coupe, de grandes cellu« les pourvues de 10, 20, 30 noyaux ovalaires, « distribués en couronnes, et présentant de « longs prolongements rameux. Cet ensemble

« constitue la cellule géante, regardée comme « l'élément essentiel de la granulation et du « follicule tuberculeux. Le follicule tubercu- « leux est, en résumé, constitué par une *cel- « lule géante* au centre, une zône intermédiaire « dite des *cellules épithéliales ou scrofuleuses* de « Rindfleisch, et une zône périphérique dite « des *cellules arrondies embryonnaires.* Tous ces « éléments sont unis par une gangue fibrineuse, « qui prend l'apparence fibrillaire après durcis- « sement. Le follicule tuberculeux est l'élément « essentiel de toute lésion tuberculeuse, il est « le résultat de l'irritation cellulaire produite « par le bacille de Koch. » (1)

Telles sont, rapidement esquissées, les lésions qui se produisent dans les ganglions lymphatiques tuberculeux. Cette néoformation les gonfle, les tuméfie, les congestionne. Cependant, en général, tant que les tubercules ne subissent pas la dégénérescence graisseuse, la fonte centrale, dont nous avons parlé, il n'y a pas de douleur proprement dite, mais seulement, une gêne produite par le gonflement. Quand la fonte commence, la suppuration se forme, et le malade ressent quelques douleurs légères. Cette suppuration est froide, lente, sans réaction ; elle est toute différente de celle des phlegmons et abcès chauds. On voit le ganglion augmenter peu à peu de volume, prendre des adhérences avec la peau qui le recouvre, la rendre rouge violacé, l'amincir progressivement, puis finalement la perforer d'une petite fistule par laquelle un mince filet purulent s'échappe presque goutte à goutte. Ce travail demande des mois à se faire, à moins qu'un traumatisme ou le bistouri du chirurgien n'ait provoqué une ouverture plus précoce. Parfois, tout un groupe de ganglions se prend successivement dans une même région (cou, aisselle, aines), et y constitue une masse irrégulière, mamelonnée, dure en certaines places, ramollie en d'autres, qui déforme complètement la région ; c'est un véritable chapelet de tumeurs, grosses comme des amandes, des noix ou même de petits œufs de pigeon. Certains sujets en ont de chaque côté du cou ; d'autres, à une aisselle ; d'autres, au contraire, n'ont qu'un ou deux petits ganglions isolés, au cou d'un seul côté, mais ces ganglions ont une tendance manifeste à suppurer et à s'ulcérer rapidement. Les ulcérations produites par l'amincissement progressif de la peau et les adhérences intimes du tissu tuberculeux du ganglion et de la couche cutanée profonde sont parfois fort larges et forment comme de grands cratères irréguliers, jaune grisâtre, se recouvrant par places de fongosités rougeâtres molles, qui suppurent et saignent facilement. Ces ulcères peuvent durer plusieurs mois et se terminent ensuite par une lente cicatrisation bourgeonnante qui donne une apparence malpropre à la région, où elle se produit.

Le traitement de l'adénite tuberculeuse est assez complexe et subordonné aux différentes phases de l'infection, à son intensité, au sujet lui-même.

Une légère adénite tuberculeuse cervicale caractérisée par deux ou trois ganglions du volume d'une petite noisette, ne nécessite pas un traitement intensif.

(1) Traité de médecine clinique. S. Bernheim.

Les badigeonnages iodés et les onctions de pommade iodurée, l'administration de l'huile de foie de morue, de l'iode et de l'arsenic, comme ci-dessus, et le séjour prolongé au bord de la mer sont absolument suffisants, surtout s'ils sont prolongés avec persévérance.

L'adénite tuberculeuse limitée à une seule région et constituée par un seul paquet ganglionnaire ou même par un seul ganglion plus ou moins volumineux se traite d'après l'état anatomique des glandes malades.

« α. Si cette adénite n'est pas suppurée, M. Broca ne conseille pas de tenter l'extirpation chez l'enfant ; chez l'adulte, c'est une autre affaire (1). On fera plutôt, en même temps que le traitement général, un peu de révulsion locale avec la teinture d'iode et quelques injections modificatrices interstitielles.

« Pour ces injections, on peut employer la teinture d'iode, la liqueur de Fowler, le chlorure de zinc au 1/10, l'acide phénique à 3 %, l'éther iodoformé, le naphtol camphré 1/2. Cette dernière substance est la meilleure. Les injections sont certainement efficaces ; mais elles doivent être faites avec de grandes précautions d'asepsie, sans quoi, le ganglion suppure. On les pratique avec une seringue de Pravaz dont l'aiguille, en platine iridié est rougie à blanc, refroidie, puis enfoncée dans le ganglion malade.

« Cette thérapeutique de douceur donne de nombreux succès. Si au bout de quelques semaines ou de quelques mois, la tuméfaction reste stationnaire, ou même augmente, il faudra songer à agir plus énergiquement, suivant les régions malades.

Au cou, principalement chez les filles, il ne faut pas prendre le bistouri, à moins qu'il n'y ait suppuration ; à l'aine et à l'aisselle, le traitement de douceur ayant échoué, il faut extirper les ganglions sans attendre la suppuration.

« β. Lorsque les ganglions sont suppurés, il y a lieu de distinguer deux cas : ou le ganglion suppuré est torpide, ou bien il a des allures plus ou moins chaudes, pouvant même se rapprocher de celles de l'adéno-phlegmon. La seconde de ces formes que l'on observe surtout dans les ganglions périmaxillaires et qui semble due à une infection pyogène surajoutée, guérit mieux que la première par l'incision suivie de curettage et de drainage ; cette incision pourra même être petite, surtout au cou.

« Pour les abcès froids ganglionnaires absolument torpides, la méthode de choix, même quand plusieurs ganglions sont ramollis, est l'extirpation totale. Au cou, seulement, il vaudra mieux inciser le ganglion sur une très petite longueur, juste assez pour entrer une curette et une mèche de gaze iodoformée. On peut aussi se contenter de faire une ponction suivie d'une injection modificatrice à la glycérine iodoformée ou au naphtol camphré. L'éther iodoformé est très mauvais pour les ganglions suppurés, car il provoque parfois des sphacèles de la peau et par suite des cicatrices plus affreuses que ne l'aurait fait une incision pour extirpation.

« γ. Lorsque les ganglions sont fistuleux, on essaie d'abord le simple débridement avec curettage, suivi de l'application de naphtol camphré,

(1) Traité de thérapeutique infantile. Broca et Legendre.

de tamponnement à la gaze iodoformée, et l'on parviendra parfois, de la sorte, à rendre supportables, petites et presque sèches, des fistules qui, auparavant, étaient larges et suppuraient abondamment. Quand on échoue, ce qui arrive fréquemment, surtout si l'enfant ou l'adulte est mal nourri, soumis à un surmenage et à un encombrement inévitables, s'il ne peut séjourner au bord de la mer et respirer tranquillement le bon air, il ne faut pas hésiter, *même au cou*, à pratiquer l'extirpation.

« L'extirpation est une opération souvent délicate, à cause des adhérences avec les vaisseaux, d'une part, et à cause du ramollissement du ganglion, d'autre part.

L'incision cutanée une fois faite sur la tumeur, il faut aller au bistouri jusqu'à la coque ganglionnaire que l'on fend d'un coup de pointe. Cela fait, on agit avec la sonde cannelée pour décoller cette coque, ou mieux encore, si le ganglion est un peu volumineux, avec des ciseaux courbes, mousses et fermés. On isole ainsi le ganglion, en coupant avec l'extrémité des ciseaux légèrement écartés, les quelques brides que l'on rencontre de place en place; dans cette manœuvre, il faut avoir soin de toujours tenir la concavité des ciseaux dirigée contre le ganglion à enlever, car, de la sorte, l'extrémité mousse coupe sur le ganglion lui-même et ne risque pas d'aller blesser les gros vaisseaux accolés aux ganglions. La dissection aux ciseaux vaut mieux que le décollement avec le doigt, car cette dernière manœuvre peut amener la déchirure de la veine voisine et la rupture des ganglions ramollis. Lorsqu'on a enlevé le paquet principal, il faut aller chercher les ganglions engorgés du voisinage et les extirper pareillement. La direction des incisions sera : au cou, une ligne parallèle à la direction du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien ; à l'aisselle, l'incision sera faite sur le bord inférieur du muscle grand pectoral et prolongée vers la paroi thoracique ; à l'aine, on incisera sur le grand axe de la tumeur.

« Les ganglions suppurés, rompus pendant l'extirpation, seront touchés au chlorure de zinc au 1/10 et drainés largement. Quand les ganglions ont pu être extirpés sans ruptures, on pourra réunir sans drainage et obtenir la cicatrisation par première intention. »

Après l'extirpation des ganglions tuberculeux, on soumettra encore le malade à un traitement général antiscrofulo-tuberculeux, pendant une année ou deux.

Dr Paul HUGUENIN.

GYNÉCOLOGIE

Modalités diverses du prolapsus et leur traitement (1).

Sous quelles formes le prolapsus génital de la femme s'offre-t-il à nous en clinique ? Sous la forme *aiguë* et sous la forme *chronique* et, dans chacune de ces catégories, il peut être *partiel* ou *généralisé*.

I. — Prolapsus aigu. A. Panoptose aiguë.

La *panoptose aiguë*, c'est-à-dire se produisant d'une façon brusque et inopinée, reconnaît pour *cause occasionnelle* un effort quelconque et pour cause *prédisposante* et *principale*, l'insuffisance de la tonicité musculaire, qui relève elle-même d'une origine multiple : subinvolution après accouchement, sénilité, arthritisme, lymphatisme, accidents divers ou affections ayant un retentissement direct sur la moelle, tels que peur violente, attaque d'épilepsie, infections graves. Ce dernier ordre de causes peut même suffire à lui seul : c'est ainsi que M. Reynier a dernièrement cité deux cas de *prolapsus complet* chez des vierges, au cours même ou pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. J'ai moi-même observé un prolapsus complet à travers un hymen intact chez une toute jeune fille, sans que je puisse incriminer autre chose que sa débilité congénitale et l'influence probable d'une émotion vive ou d'un effort passé inaperçu. Étant donnée cette pathogénie de la *panoptose aiguë*, on comprend qu'il faille beaucoup attendre des moyens médicaux : repos prolongé au lit, après réduction, injections astringentes, bains de siège froids, tamponnement, massage, toniques, De l'emploi prolongé et combiné de ces moyens on pourra obtenir chez des vierges ou des femmes récemment accouchées, des guérisons complètes et durables En cas d'insuccès, on diminuera l'étoffe du vagin à l'aide d'une colporraphie et l'on renforcera l'appareil de suspension à l'aide de l'opération d'Alexander ou, si l'on veut, de l'hystéropexie, qui paraît ici plus admissible qu'en tout autre cas, étant donnée l'insuffisance possible des ligaments ronds.

B. — Ptoses aiguës et partielles.

La *cystocèle aiguë* semble résulter le plus souvent d'une désinsertion directe du vagin au moment de l'accouchement : le mieux est de lui opposer une colporraphie antérieure, doublée d'une colpopérinéoplastie.

Le *prolapsus aigu et monorganique des annexes*, est d'origine inflammatoire et disparaît, au moins en partie, avec sa cause, quand il n'y pas d'adhérences; dans le cas contraire, la chute des organes malades est une raison sérieuse de plus, en faveur de leur ablation, étant données les douleurs dont elle est directement l'origine, au moment de la défécation et du coït.

II. Prolapsus chronique. — A. Ptoses chroniques et partielles.

Le *prolapsus chronique et monorganique du vagin* n'est que le premier temps de la panoptose chronique à évolution ascendante et exige le plus souvent une colpopérinéorraphie préventive, même si la chute est encore limitée à la paroi antérieure.

Le *prolapsus chronique et monorganique des annexes* se rattache à une inflammation ancienne ou à une subinvolution localisée : s'il n'y a pas d'adhérences et que les annexes paraissent saines, on peut espérer les voir reprendre leur place sous l'influence du tamponnement du vagin, puis du pessaire ; mais pour peu qu'elles soient scléro-kystiques, ce qui est assez fréquent et facile à reconnaître dans l'espèce, il faut les enlever par colpotomie.

B. — Panoptose chronique.

La *panoptose chronique* reconnaît pour cause simplement *prédisposante* ou *suffisante*, la *débilité musculaire* et pour cause occasionnelle la *traumatisme obstétrical* ou plus rarement le *dévelop-*

(1) Voir le numéro du 13 février 1897.

pement de tumeurs, en particulier de kystes de l'ovaire.

1re *forme*. — La forme de panoptose chronique la mieux connue, au point de vue pathogénique, est celle qui relève surtout de lésions *apparentes* du périnée et qui évolue, à *ciel ouvert*, de bas en haut. Les pessaires ordinaires, manquant ici de soutien, sont *moins* que des pis-aller. L'intervention maîtresse est la colpopérinéorraphie, ordinairement doublée de la colporraphie antérieure.

Mais, à côté de cette forme, il en est d'autres, moins bien étudiées et qu'il importe pourtant de connaître pour les traiter convenablement :

2e *forme* : *Tout est relâché, y compris l'orifice vulvaire et tout descend en même temps* ; mais il n'y a pas de *traumatisme apparent* et il s'agit probablement de lésions sous-cutanéo-muqueuses, de distension ou de ruptures fibrillaires de la doublure musculaire, d'ailleurs prédisposée à céder ; c'est la forme de prolapsus à laquelle sont fatalement vouées les dystrophiques, alors que l'accouchement se passe au mieux pour elles. Si le prolapsus utérin est peu accentué, on peut se borner au pessaire, tout en s'attendant à être obligé d'intervenir plus tard, surtout s'il y a d'autres grossesses. Si au contraire le col avoisine la vulve, bien qu'il n'y ait nulle part de rupture apparente, toute la lyre opératoire conseillée par Doléris est de rigueur : colporraphie antérieure, colpopérinéorraphie, résection du col, opération d'Alexander.

3e *forme* : *Au dessus de la vulve fermée, le vagin se déroule en plis superposés et l'utérus suit.* Il semble qu'il s'agisse surtout de subinvolution du vagin, de l'appareil suspenseur et surtout du releveur anal. Si l'on n'est pas encore trop distant de l'accouchement ou de la fausse couche qu'il faut incriminer, on peut essayer du pessaire qui tiendra assez bien. Autrement il faut donner la préférence à la colporraphie qui doit être poussée à ses dernières limites et exige plus de soins encore qu'à l'ordinaire, car à elle seule incombe tout le poids (c'est bien le mot) de la guérison, la périnéorraphie n'étant pas en cause et l'Alexander ordinairement inutile.

4e *forme* : *Les deux valves vagino-périnéales sont au contact, mais on constate au toucher l'affaissement de l'utérus et de la voûte vaginale.* Ici c'est surtout l'appareil de suspension qui est en cause et l'on peut se rendre compte de son extrême laxité, à la façon dont on renvoie l'utérus, de la main vaginale à la main abdominale. C'est le *prolapsus congénital des débiles*, que l'on trouve aussi bien chez des jeunes filles que chez des femmes mariées et stériles et qui souvent est beaucoup plus mal toléré qu'un prolapsus complet chez une vieille femme. Le massage, la gymnastique suédoise, le pessaire sont d'un emploi rationnel. Nous nous sommes cependant bien trouvés dans plusieurs cas, de colporraphies péricervicales jointes au raccourcissement du col que l'on trouve souvent hypertrophié et conique.

5e *forme* : *Prolapsus chez les vieilles femmes* : en pratique, c'est un prolapsus vaginal, car l'utérus atrophié ne compte plus guère, ce qui ne veut pas dire qu'il faille l'extirper. En effet, sauf complications de cancer, irréductibilité, etc., l'hystérectomie expose à des dangers inutiles et ne fait que gêner la cure du prolapsus vaginal. Si le périnée est intact, il faut se borner au pessaire : un bon anneau de Dumontpallier peut suffire, même dans le cas de prolapsus complet. Si le périnée est déchiré, on aura uniquement recours à des colporraphies suffisamment serrées, tout en tenant compte de la sclérose des tissus qui nuit beaucoup à la solidité des sutures.

6e *forme*. — *Prolapsus avec rétroversion* : combinaison fréquente de deux éléments, qui peuvent se masquer plus ou moins l'un l'autre, suivant les différentes attitudes de la malade. Cette lésion complexe se rapporte, pour ainsi dire, toujours à un accouchement ou à un avortement et suppose une défection marquée des ligaments ronds et utéro-sacrés. Si la lésion est récente, on se bornera à un pessaire de Hodge, à large dossier et à forte courbure, qui au bout de 3 à 6 mois pourra donner guérison. En cas d'insuccès ou si la lésion est ancienne, se borner aux opérations plastiques sur l'appareil de soutènement, si la rétroversion ne dépasse pas, en arrière, l'axe vaginal ; autrement, leur joindre l'opération d'Alexander.

Dr Paul PETIT.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat départemental des médecins de la Sarthe (*Suite*).

Réunion du 23 septembre 1896.

Présents : MM. de Paoli, *Président*, Mélisson, Ledrain. Breteau, Codet, Salomon.
Excusé : docteur Horeau.

Médecins militaires.

Dans sa dernière réunion, le Bureau avait dû s'occuper d'une plainte du docteur Salomon contre les Médecins militaires du camp d'Auvours, qui donnent non seulement de nombreuses consultations gratuites aux habitants de Changé et de Champagné, mais les visitent, non moins gratuitement, à domicile.

Dans une lettre en date du 27 juillet 1896, le docteur Salomon renouvelle sa plainte, et demande que le Président prie, au nom du Syndicat, le général commandant le IVe corps d'armée de vouloir bien donner des ordres pour faire cesser un état de choses qui porte, aux Médecins civils de la région, un gros préjudice.

Si, contrairement à ce qu'il espère, le Syndicat ne peut ou ne doit pas s'occuper de cette question, il prie le Président de l'en informer et de le considérer comme démissionnaire.

M. de Paoli a avisé immédiatement le Directeur du Service du IVe Corps, M. le docteur Claudot, de ce qui se passait. Ce dernier, dans une lettre en date du 30 juillet, déclare d'abord que la plainte du docteur Salomon ne repose, autant qu'on en peut croire, que sur des commérages de paysans, du moment qu'il n'est pas en mesure de préciser les faits, qui font l'objet de sa plainte. Comment d'ailleurs faire une enquête sur un pareil terrain, étant donné que vingt médecins se sont succédé au camp d'Auvours, cette année, y restant en moyenne une dizaine de

jours. Il y a impossibilité matérielle, dans ces conditions, de nuire sérieusement à la clientèle d'un confrère. Et en admettant que cela soit possible, l'autorité militaire n'aurait qu'une action de pur conseil sur ses subordonnés, auxquels on a toujours reconnu le droit de donner des consultations gratuites.

Il est exact qu'assez fréquemment, les Médecins militaires du camp d'Auvours sont consultés par les fermiers des environs ; quelquefois aussi, ils sont appelés dans le voisinage pour des cas urgents, mais dans les deux cas, c'est toujours à titre gracieux. On ne peut voir là que des services rendus à la population civile, et l'autorité militaire ne peut que les en louer, du moment qu'ils ne se départissent jamais des égards qu'ils doivent à leurs confrères civils.

Le 18 septembre, le docteur Salomon adressait au Président une nouvelle lettre dans laquelle, après avoir déclaré qu'il pouvait citer des noms, des dates et préciser des faits, mais qu'il ne lui plaisait pas de faire des personnalités, il demandait que le Président fît une démarche auprès du général pour lui signaler la situation des Médecins civils voisins du Camp d'Auvours et le prier de remédier par ordre à cet état de choses. Le Directeur du Service de Santé avoue que ses subordonnés font de la médecine aux environs du Camp. Gratuitement ou non, ont-ils ce droit ? Non. L'autorité militaire a trop souvent répondu par la négative, pour qu'il y ait doute. Donc, il y a lieu de la saisir de cette affaire.

Le docteur de Paoli expose longuement les raisons, pour lesquelles il a cru devoir s'adresser tout d'abord au Directeur du Service de Santé du 4e Corps. Devant sa réponse que faut-il faire ?

Après discussion, le Bureau décide qu'une demande sera faite auprès de qui de droit, un mois avant le commencement des exercices à feu de 1897.

Assemblée générale annuelle.

15 octobre 1896.

Présents : MM. Besnier, Boëteau, Bolognesi, Bourdy, Breteau, Bruneau, Chaudet, Chevalier, Choisnet. Clausse, Codet, Cohin, Coupey, Delagénière, Drouin (Beaumont), Drouin (Le Mans), Dufossé, Duvacher, Estrabaud, Garnier, Gouin, Grémillon, Guignard, Hervé, Horeau, Ledrain, Leuillieux, Mauny, Mélisson, Michel, Moreau (La Ferté), de Paoli, Pasdeloup, Peltier, Persy, Poix, Rigaud, Salomon, Tuvache, Vincent.

Excusés MM. Boucheron, Candé, Chaigneau, de Laborie père, Mascarel, Mauvais, Médail, Obet, Roger, Villiers.

Après l'allocution du Président, les procès-verbaux de l'Assemblée générale du 10 octobre 1895 et des réunions particulières du Bureau sont lus et adoptés et les Comptes du Trésorier sont approuvés.

Admission de nouveaux Membres.

MM. les docteurs Chaigneau (Saint-Denis-d'Orques), Chaudet (Sainte-Jammes), Cohin (Sillé), Drouin (Le Mans), Gouin (Bonnétable), Houdoux (Château-du-Loir), Mauny (Château-du-Loir), Medail (Bessé), Poix (Le Mans), Rigaud (La Bozoge), de Trolong (Bernay) sont admis à l'unanimité Membres du Syndicat.

Démission.

Le Président annonce avec regret la démission du docteur Rondelou, de Sablé, qui, en raison de son grand âge, se retire du Syndicat.

Sur la proposition du Président et du docteur Ledrain, le docteur Rondelou est nommé Membre honoraire du Syndicat médical de la Sarthe.

Union des Syndicats.

Quelques confrères s'étaient demandé si le Syndicat n'avait pas intérêt à se séparer de l'Union des Syndicats. Cet avis n'a pas été partagé par l'Assemblée, qui nomme pour la représenter aux Assemblées de l'Union : MM. Codet et Salomon.

Tarif minimum d'honoraires.

A la demande du docteur Delagénière, il est décidé d'abord que la rédaction du paragraphe 10, concernant les grandes opérations, serait ainsi libellée :

« Les confrères s'entendront ensemble pour fixer leurs honoraires. »

La seconde phrase du tarif se trouve ainsi supprimée.

En second lieu, l'Assemblée est d'avis que le tarif qui lui est présenté devra subir certaines retouches, avant d'être rendu obligatoire pour tous les Membres du Syndicat. Le Bureau sera chargé de centraliser toutes les observations qui lui seront adressées à ce sujet par chaque adhérent jusqu'au 1er mai 1897 et sur lesquelles, il aura à se baser pour établir un nouveau tarif qui sera soumis à l'approbation du Syndicat dans son Assemblée générale de l'année 1897.

Jusqu'à cette époque, le tarif actuel ne sera qu'un instrument de conseil entre les mains des médecins.

Bureau.

Sont élus :

Président : M. Coupey ;
Vice-Président : M. Ledrain ;
Secrétaire-Trésorier : M. Salomon ;
Syndics : MM. Delagénière, Michel, Vincent, Bolognesi, Codet, Breteau, Mélisson, De Paoli, Peltier.

Le Secrétaire,
Dr Ledrain.

VARIÉTÉ

Depuis longtemps, bien des confrères avaient appelé notre attention sur la distribution dans nos campagnes des brochures obscènes dont il est question dans l'article ci-dessous, publié par le *XIXe Siècle*, sous la signature de M. André Honorat.

A quoi sert la Ligue Bérenger ?

La morale et la justice

Le parquet a une étrange façon de défendre la morale publique.

Quand il aperçoit dans un journal illustré un dessin représentant quelque belle fille d'Eve trop court vêtue, il s'alarme, fait comparaître l'auteur devant un juge d'instruction commis par lui, le tance vertement et l'invite en termes catégoriques à faire désormais un meilleur usage de son talent.

L'auteur a beau s'appeler Willette, le dessin a beau constituer une œuvre d'art d'un charme exquis, rien ne l'arrête, rien ne le retient. Il est le vengeur de la vertu outragée et il sait le faire voir !...

Mais quand un industriel du vice, quand un pornographe de bas étage, s'avise, pour les besoins de son honnête commerce, d'inonder Paris de prospectus immondes et bêtes ; alors bien vite, il rentre le glaive de Thémis au fourreau. La justice a d'autres soucis !...

Faut-il des preuves, faut-il des faits à l'appui de ce que nous avançons ? Eh bien ! soyez satisfait en voici :

Depuis quelque temps, quantité de braves gens trouvent, en rentrant chez eux, une petite circulaire imprimée à l'encre rouge où se trouvent annoncés, en termes qui veulent être allèchants, des volumes dont le titre suffira à indiquer l'objet.

Nous reproduisons textuellement :

« Audace ! Témérité ! ! *De l'avortement !* Ouvrage sans précédent, à l'usage des médecins, pharmaciens, officiers, sages-femmes, empiriques et gens du monde osés, pour qui la fin justifie les moyens. Envoi discret : cinq francs. Envoi sur demande du magnifique catalogue complet et illustré contre 25 centimes. »

L'autre volume est intitulé : *Amour et sécurité.*

Il annonce toutes sortes de choses, que la décence la plus élémentaire nous oblige à taire. Rien que la table analytique des matières constitue un outrage aux mœurs caractérisé. On y promet notamment des renseignements détaillés et précis sur les « procédés faciles » qui permettent « d'éviter la conception », des études sur les « préludes de l'amour », sur les « stimulants érotiques », et sur beaucoup d'autres sujets analogues qu'il nous est interdit d'énoncer sous peine d'offusquer très légitimement la pudeur de nos lecteurs.

Il paraît que ce volume a bénéficié d'un verdict d'acquittement. Le prospectus l'affirme du moins.

Mais quand il dirait vrai, serait-ce une raison pour tolérer la mise en vente du premier ?

Depuis quand peut-on apprendre impunément à tout le monde à commettre un crime, car l'avortement est bel et bien qualifié crime par la loi ?

Depuis quand a-t-on le droit d'employer la poste à distribuer à domicile des réclames pornographiques ?

Nous connaissons d'honnêtes mères de familles qui ont reçu la circulaire à laquelle nous faisons allusion. Nous en connaissons même qui l'ont reçue des mains de leurs filles, à qui le concierge l'avait remise à leur retour de l'école.

Ne trouve-t-on pas qu'il est temps de mettre un terme à cette débauche d'ouvrages obscènes ? Ne trouve-t-on pas que le parquet ferait mieux de moutrer un peu de sévérité à l'égard de ces industriels du sadisme et un peu plus d'indulgence à l'égard des artistes qui oublient de poser une feuille de vigne sur le sein de Phryné ?

A. H.

REPORTAGE MÉDICAL

Hygiène et service médical des chemins de fer. — La 2e conférence internationale concernant les services sanitaires et l'hygiène des chemins de fer, se réunira à Bruxelles, en septembre prochain, sous le patronage du ministre des travaux publics de Belgique. — La cotisation est de 5 fr. et donne droit au Compte rendu.

Envoyer les adhésions à Mr le Dr de Lantsheere, oculiste agréé, 56, rue de l'Association à Bruxelles.

— *Deuxième congrès national d'Assistance.* — Il doit s'ouvrir à Rouen, le lundi 14 juin 1897, sous la présidence de Mr le Dr Th. Roussel.

Les adhésions sont reçues par M. le Dr Giraud, secrétaire de la Commission, à Saint-Yon, par Sotteville-les-Rouen. La cotisation est de vingt francs.

— *Le jugement de Saint-Nazaire.* — Nous avons dit dernièrement la mésaventure de ce confrère de Saint-Nazaire, qui, ayant cru constater les traces d'un accouchement récent sur une femme, motiva, par son rapport, l'arrestation de celle-ci.

La malheureuse accoucha deux jours plus tard, en prison, d'un enfant qui ne vécut pas.

Poursuivi par la victime de son erreur, M. le Dr M... a été condamné à payer 1000 fr. de dommages-intérêts, quoiqu'il fût soutenu par le ministère public.

— *Cours complets élémentaires et pratiques de vénéréologie, syphiligraphie et gynécologie.* — Ces cours sont faits deux fois par an, par les médecins et chirurgiens de l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare.

La deuxième série a commencé le jeudi 4 mars, à dix heures et demie du matin et se continue les samedi, mardi, et jeudi suivants à la même heure.

Se faire inscrire chez M. le Directeur de la maison de Saint-Lazare, qui remettra une carte d'entrée.

— *Une application judiciaire des rayons X.* — Dans une affaire sur laquelle il vient d'être statué par la 2e chambre du tribunal civil de Marseille, il a été fait une application intéressante des rayons X dans les circonstances suivantes :

Au mois de mai dernier, M. C... était blessé assez grièvement par un cheval conduit par un charretier au service d'un courtier maritime de la ville. Le charretier, poursuivi devant le tribunal correctionnel sous l'inculpation de blessures par imprudence, fut condamné à 25 francs d'amende et son patron déclaré civilement responsable.

La blessure de M. C... parut d'abord peu grave ; c'était une fracture de la clavicule au niveau du tiers externe. Malheureusement, la clavicule fracturée se ressouda dans le sens antéro-postérieur, au lieu de se ressouder dans le sens vertical, ce qui a amené, malgré la guérison, une fragilité extraordinaire de l'os pour l'avenir.

M. C... demandait au courtier maritime 5.000 fr. de dommages-intérêts.

Pour démontrer la véracité de ses indications pathologiques, Me Vallier, son avocat, ne s'est pas contenté de fournir au tribunal un certificat du Dr Flavart énonçant la particularité ci-dessus et motivant sa demande de dommages-intérêts ; il a produit à l'appui de ses assertions une photographie du thorax de son client, obtenue à l'aide des rayons Rœntgen et au moyen de laquelle les juges ont pu se rendre compte, *de visu*, des conséquences de l'accident.

Cette expérience a été concluante, et la 2e chambre a accordé à M. C... 1.500 fr. de dommages-intérêts.

— *Ecoles de médecine navale.* — Sur l'avis du Conseil de perfectionnement des Ecoles de médecine navale, le ministre de la marine vient de prendre les décisions suivantes :

« En vue d'augmenter l'importance du classement final à l'issue du stage de l'Ecole d'applica-

ion de Toulon, le coefficient do la note du directeur de cette Ecole sera porté de 15 à 25, tout en maintenant au classement définitif la proportion de deux tiers pour le classement de l'Ecole de Bordeaux et d'un tiers de celui de l'Ecole d'application.

« Les élèves ne pourront concourir pour l'externat des hôpitaux qu'entre la quatrième et la neuvième inscription de médecine, après un an ou deux d'études ; ce concours leur est interdit les années suivantes.

« Un élève qui n'aura pu subir toutes les interrogations dans une année ne sera classé que s'il en a subi au moins la moitié. La moyenne sera établie exclusivement sur les interrogations qu'il aura subies.

« Lorsqu'un élève n'aura pas été classé pendant une de ses années d'école, son rang de promotion à la sortie sera établi sur la moyenne des deux autres années, en ce qui concerne la conduite et les interrogations.

« La totalité des points attribués aux examens et aux concours de la Faculté et des hôpitaux lui sera acquise.

« Chaque certificat d'études supérieures délivré par la Faculté des Sciences à un élève en pharmacie de l'Ecole de Bordeaux, lui donnera une majoration de 80 points au classement de sortie de l'Ecole, soit, pour les trois certificats dont se compose le diplôme de licencié ès-sciences, 240 points de majoration.

« Les frais résultant de la recherche de ces certificats d'études supérieures sont à la charge des intéressés »

L'affaire Boisleux et de la Jarrige est définitivement inscrite au rôle des assises pour le 22 mars, et comportera probablement six audiences.

Il serait intéressant de savoir si le huis-clos sera réclamé, comme le bruit en a couru, si M. le Doyen sera de retour de Venise pour assister aux débats, et enfin quel sera le degré de compétence des jurés appelés à siéger et à formuler une opinion.

Les propositions Michelin. — En même temps qu'il formulait son projet de réforme de la médecine dont nous parlons plus haut, M. Michelin, qui s'intéresse spécialement aux professions sacerdotales, donnait le jour à une proposition tendant plus ou moins directement à la suppression du budget des cultes.

Celle-ci n'a pas eu le moindre succès devant la commission chargée de l'examiner. Le même sort est évidemment destiné à celle qui concerne les médecins dont M. Michelin a eu à se plaindre, ou qu'il a entendu débiner dans son quartier.

M. Michelin est en veine de blackboulage.

L'état sanitaire à Paris. Le service de la statistique municipale de la ville de Paris a compté pendant la huitième semaine 943 décès, chiffre très sensiblement inférieur à la moyenne ordinaire de la saison (1113).

Il est bien évident que l'état sanitaire de Paris va toujours s'améliorant, que le nombre des cas de maladies diminue, que la gravité de plusieurs d'entre elles est moindre. Et le nombre des médecins ne diminue cependant pas. Au contraire. Mais alors ?

Et, à cette époque, les Parisiens sont tous chez eux : ce qui donne aux chiffres une importance bien plus grande que dans l'été.

La réforme du Codex. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, il est institué au ministère une commission spéciale chargée de préparer une nouvelle édition du *Codex pharmaceutique*.

Cette commission est composée ainsi qu'il suit :

M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, président.

MM. Brouardel doyen de la Faculté de médecine de Paris, et Planchon, directeur de l'Ecole de pharmacie de Paris, vice-présidents.

MM. Adam, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort ; Bourquelot, membre de la Société de pharmacie de Paris; Gilbert, agrégé près la Faculté de médecine de Paris ; Jungfleisch, professeur à l'Ecole de pharmacie de Paris ; Landouzy, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; Marty, pharmacien-inspecteur du service de santé de l'armée ; Moissan, professeur à l'Ecole de pharmacie de Paris; Pouchet, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; Prunier, professeur à l'Ecole de pharmacie de Paris ; Roux, sous-directeur de l'institut Pasteur : Vigier et Yvon, membres de la Société de pharmacie de Paris membres.

Générès, chef du 1er bureau de l'enseignement supérieur, secrétaire.

—Le dimanche 25 avril, aura lieu, avec le cérémonial habituel, la 38me Assemblée générale de l'*Association de prévoyance et de Secours mutuels des médecins français.*

Dimanche : Allocution du président et du secrétaire général ; élections. Le lundi : Comptes du trésorier, rapports sur les pensions viagères et sur les vœux exprimés.

Le dimanche soir, au *Continental*, le banquet des délégués.

— *Congrès international de médecine de Moscou.* — On s'occupe activement à Moscou de l'organisation des excursions qui auront lieu aux environs de cette ville, à Pétersbourg et à Nijni-Novgorod, pendant la durée du Congrès. — Cinquante adhésions sont actuellement parvenues aux bureaux du Comité français.

Le Secrétaire général de l'Association de la presse médicale,
Marcel Baudoin.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4.174. — M. le docteur Chaumier (Henri), d'Issy (Seine), présenté par M. le docteur Chaumie, de Bléré (I.-et-L.).

N° 4.175. — M. le docteur Quincieu, de Châteaude-Vérel, par Saint-André-de-Gaz (Isère), présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Boyron, d'Amagne (Ardennes), et Ételet, de Juniville (Ardennes), membres du « Concours Médical ».

BIBLIOGRAPHIE

Vient de paraître, à la librairie Domenico Cesareo, éditeur à Naples, la traduction Italienne, par le Docteur Frugiuele, de la 2e édition de l'*Etude médico-légale sur les traumatismes de l'œil et de ses annexes*, de notre confrère le Docteur S. Baudry, professeur à l'Université de Lille, membre du Concours médical (1).

Dans quelques semaines paraîtra une édition anglaise du même ouvrage.

Nous ne pouvons que féliciter notre ami de l'accueil flatteur que fait à son travail le public médical, et nous ne saurions assez recommander le livre de M. Baudry à tous ceux qui ont à étudier les traumatismes de l'œil, soit pour les soigner, soit pour se prononcer sur leur importance comme experts devant les tribunaux.

A. C.

(1) En vente chez Tallandier, libraire-éditeur, 11 et 13, rue Faidherbe, à Lille. Prix : 3 francs.

Le Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le secret professionnel en matière de déclarations médicales.

L'arrêt rendu par la Cour de cassation, le 5 mars 1897, à propos de l'affaire d'Arpajon, arrêt que nous publions à l'article *reportage*, mérite d'arrêter notre attention.

Les attendus que nous y voyons formulés, entraînent un certain nombre de conséquences intéressantes qu'il convient de passer en revue.

Signalons d'abord la leçon de discrétion obligatoire donnée aux maires et adjoints et à leurs employés. Elle n'est vraiment pas de luxe en cette affaire.

On ne verra peut-être plus le secrétaire de la mairie de Honfleur, dont nous parlait M. le Dr Marais, en octobre dernier, se livrer à un zèle abusif, dans la recherche de la maternité, quand il aura dans les mains une déclaration régulière du médecin, au sujet de la naissance.

De même, si quelque tyranneau de village veut se faire arme, contre nous, de la carte officielle que nous lui aurons adressée, nous nous souviendrons toujours que ce vilain procédé est justiciable des tribunaux, et peut mener très loin un administrateur vindicatif et ignorant.

Constatons, d'autre part, que si Messieurs les Directeurs des Postes, les Inspecteurs primaires, et autres chefs de service, prétendent désormais exiger de nous l'indication de la maladie *non contagieuse* de leurs agents, nous n'aurons qu'à mettre, sans parti pris, sous leurs yeux, l'arrêt de la Cour, toujours conservé en bonne place. Cela leur évitera la peine de nous adresser des lettres aigre-douces, de nous destituer, pour ne pas trouver plus de complaisance ailleurs, de nous garder une dent à cause de notre rigueur imaginaire. Médecins traitants, nous donnerons tous certificats et renseignements nécessaires, durée probable de la maladie, incapacité de se livrer au travail habituel, nécessité de fournir un remplaçant, climat à choisir, fonction où l'agent peut être utilisé, etc., etc...; mais quant à dire le nom de l'affection, impossible, impossible. Si ces chefs le veulent savoir à tout prix, qu'ils le demandent à un médecin expert ou assermenté, désigné et payé par eux, et qu'ils en gardent ensuite le secret.

Ce sont là déjà des éclaircissements appréciables, dont nous pourrons tirer profit.

Mais il nous plaît surtout d'espérer qu'après l'étroite limitation de dégagement du secret, formulée par le deuxième considérant de cet arrêt, les gens de police, ou même certains juges d'instruction, voudront bien cesser de nous torturer de questions, de nous citer comme témoins à tout propos, quand ils savent que nous ne devons pas parler, et qu'en nous y poussant ils commettent une mauvaise action.

Et afin que ceci ne soit pas perdu de vue, il serait peut-être bon d'en dire un mot dans les projets de réforme de l'instruction criminelle, en même temps que de la création du corps des médecins-experts.

Qu'en pense le groupe médical parlementaire?

Dr H. JEANNE.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement du lupus érythémateux.

Le traitement du lupus, dit le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, est toujours fort long et minutieux. Pour les cas qui ne peuvent être surveillés de très près, M. Brocq emploie souvent l'acide phénique ou l'arsenic.

L'acide phénique s'emploie sous deux formes. La première est constituée par la formule suivante :

Acide phénique neigeux }
Alcool .... } parties égales.
Glycérine .... }

La seconde est composée seulement d'acide phénique neigeux, et d'alcool, en quantité suffisante pour amener la liquéfaction. Cette seconde préparation n'est utilisée que si la première est insuffisante.

On prend un peu de ce mélange sur de l'ouate et on le dépose exclusivement sur les parties malades. Si la peau supporte bien cette application, on la renouvelle tous les jours ; si elle est trop irritée, on la calme par les topiques émollients et on recommence, quand l'inflammation est tombée.

Ce moyen agit bien au bout d'un certain temps ; mais si son action cesse après quelques mois, il faut revenir au savon noir auquel on peut incorporer de l'acide salicylique, de la créosote, etc.., qui en modifie l'activité.

Dans certains cas aussi, l'arsenic a donné de bons résultats. On prend un mélange de 1 gramme de liqueur de Fowler pour 4 grammes d'eau distillée, et on applique cette solution sur le lupus avec un peu d'ouate qu'on laisse en place pendant dix minutes. L'application doit être faite deux fois par jour. Si l'irritation est insuffisante, il faut prolonger les applications ou employer une solution plus concentrée.

Ces moyens sont assez faciles à manier et réussissent souvent fort bien. M. Brocq rappelle à ce propos s'être servi deux fois d'un vieux procédé provenant de l'hôpital Saint-Louis et qui lui donna un très beau résultat dans des cas où beaucoup de moyens différents avaient échoué. Pour cela, on prend un jaune d'œuf, cru ou cuit, qu'on bat avec du vinaigre ordinaire, de manière à obtenir une pâte homogène et suffisamment épaisse ; on l'applique ensuite sur les parties malades, jusqu'à ce qu'elles présentent l'irritation nécessaire.

Sous le nom de cachets décongestionnants, M. Brocq prescrit souvent une formule qui a son indication dans tous les cas où la face est habituellement congestionnée, en particulier dans les lupus congestifs, dans les acnés et les cas si fréquents où la face présente un état variqueux des petits vaisseaux.

Extrait sec d'hamamelis..	0,01	centigr.
Bicarbonate de soude....	0,25	—
Magnésie calcinée.......	0,20	—
Ergot de seigle pulvérisé	0,05	—
Aloès socotrin..........	0,05	—
Poudre de noix vomique.	0,02	—

Pour un cachet.

La malade devra prendre deux cachets par jour, pendant environ 20 jours, dans l'intervalle des règles ; à ce moment, ils doivent être suspendus, et repris ensuite ; mais la médication, pour être utile, doit être continuée pendant plusieurs mois ; lorsqu'elle est bien supportée, on peut arriver ainsi à de très bons résultats.

M. Barbe a fait à la Société de dermatologie une communication, dans laquelle il recommande l'emploi du chlorophénol, préconisé récemment par Elsenberg dans le traitement du lupus. M. Brousse avait déjà en 1895 à la Société de dermalogie insisté sur l'utilité de ce produit qu'il avait employé en solution à 20 p. 100 (chloroline) ; la même année, un de ses élèves, M. Chabrol, avait publié à Montpellier une thèse sur le traitement du lupus tuberculeux, où il citait l'histoire de deux malades traités avec succès par la chloroline.

Malheureusement si le chlorophénol présente des avantages réels, il offre un grave inconvénient, c'est d'avoir une odeur très pénétrante, mais à un tel degré que dans la clientèle de la ville, la plupart des malades en refusent l'emploi.

L'ophthalmie purulente des nouveau-nés.

A l'occasion d'une communication de sa statistique d'ophthalmies purulentes, le Dr *Valude*, déclare que le traitement classique par le nitrate d'argent seul ne s'adresse pas à tous les cas. Le traitement par le sublimé a donné des accidents, même à faible dose, et doit être proscrit ; depuis deux ou trois ans, en effet, ces accidents sont devenus de plus en plus fréquents. Le sublimé en effet, même à 1/5000, s'il est inoffensif pour l'adulte, est nuisible pour la muqueuse du nouveau-né, et si l'on y ajoute le nitrate d'argent, le danger devient plus grand encore, moins à

FEUILLETON

Quelques réponses.

Parmi les documents qui me sont parvenus, en réponse à mon questionnaire, je me contenterai aujourd'hui de donner, in extenso, le récit de la mésaventure, très imprévue, survenue au Dr Diard, de Rambouillet, et d'en résumer quelques autres :

I. Mes félicitations, tout d'abord, au Dr Stain (un pseudonyme) qui, quoiqu'arrivé à 55 ans, est toujours prêt à servir Vénus.— Il attribue sa verte maturité, car je n'ose dire vieillesse, à ce que sa jeunesse fut exemplaire. Il n'aurait commencé à...... vivre, me dit-il, qu'à 23 ans, et il en conclut « qu'il faut prêcher l'abstinence à la jeunesse, afin qu'elle ne mange pas son bien en herbe ». — Je vais plus loin que lui : je crois qu'il faut aussi recommander la prudence aux hommes de son âge, même les mieux favorisés ; il ne faut pas qu'ils soient trop fiers de leurs prouesses et ne les renouvellent pas quotidiennement ; sans cela, gare le gâtisme.

II. Le docteur M... prend l'existence moins gaiement ; il prétend qu'il faudrait des lunettes fortement azurées pour voir en beau la profession médicale, qui avoisine les pompes funèbres. Dans ses landes bretonnes, c'est l'habit qui fait le moine ; il est nécessaire de porter un saint sacrement dans le dos, pour réussir. La tisane de crottin de cheval, bouilli dans du vin blanc, y jouit d'une grande considération. Après cela, on n'est plus étonné d'apprendre qu'un ex-infirmier de la marine a osé pratiquer, lui-même, une laparotomie, pour une occlusion intestinale, à la barbe des quatre médecins de l'endroit.

La bêtise humaine est si grande, cher confrère, qu'il vaut mieux hausser les épaules de pitié, que de s'en désoler, jusqu'au jour où les tribunaux se montreront moins complaisants.

III. Je regrette de ne pouvoir reproduire complètement l'*Histoire d'un crime ou le procureur vengé par les gonocoques*, racontée avec beaucoup d'esprit par le Dr K... Il s'agit de l'insigne im-

cause de la dose souvent faible, que par l'emploi intempestif et le mauvais procédé d'application (1).

M. Kalt préconise les grands lavages avec un liquide antiseptique et particulièrement avec le permanganate de potasse à 1/5000. Ce procédé donne de bons résultats et amène rapidement la chute de la suppuration. Mais M. Valude a contrôlé la valeur de la méthode des grands lavages de la façon suivante. Chez les enfants de son service, les yeux gauches étaient traités par les lavages avec les solutions antiseptiques de M. Kalt et les yeux droits avec de l'eau chaude simplement stérilisée par ébullition prolongée. Il a obtenu les mêmes résultats à peu de chose près des deux côtés, et observé sur 14 enfants une fois seulement de chaque côté une petite opacité cornéenne transitoire. Mais la suppuration était plus vite tarie à gauche avec le permanganate qu'à droite avec l'influence mécanique seule de l'eau stérilisée. Enfin, dans l'un et l'autre cas on avait, après disparition du pus, de petites récidives, et il fallait, pour les éviter ou les guérir, instiller à la fin du traitement *quelques gouttes de nitrate d'argent*. Les grands lavages antiseptiques font tomber la suppuration, mais ne font pas une rigoureuse abstersion du virus. Il importe, par conséquent, que le praticien ne se laisse pas tromper et ne croie pas le malade radicalement guéri en voyant cette rapide disparition du pus, car l'infection est toujours là et la suppuration est seulement tarie. Il faut compléter la cure, en instillant alors le nitrate d'argent.

Avec l'eau chaude, on a moins de rougeur et de gonflement, mais avec le permanganate, la suppuration disparaît plus vite. Seulement on ne doit pas donner aux accoucheurs le lavage au permanganate comme le moyen le plus simple, car, pas plus que l'eau chaude, il n'est suffisant à lui tout seul et n'offre pas de certitude absolue sans l'intervention à la fin du nitrate d'argent. Cela est important, car l'ophthalmie des nouveau-nés doit toujours être regardée comme grave, bien qu'en réalité elle le soit à peine une fois sur vingt. Enfin la solution de naphtol additionnée de 0 gr. 10 d'extrait thébaïque par litre diminue la suppuration et surtout a une influence particulièrement bonne sur le gonflement.

(1) *La France médicale*, 1897, page 187.

En conclusion, voici les principes qu'il faudrait vulgariser : ne jamais employer le sublimé corrosif, et, quant au nitrate d'argent, réglementer son emploi de la façon suivante : appliquer deux fois par jour avec un pinceau une solution à 2/100. Diminuer progressivement la dose et surtout ne jamais faire plus de deux applications par jour, et ne pas faire d'application nouvelle tant que la pellicule blanchâtre laissée par la cautérisation précédente n'a pas disparu.

Enfin, pour tout ce qui est des grandes irrigations, elles sont un excellent moyen, mais sont insuffisantes à elles seules. Isolées, elles guérissent les ophthalmies bénignes, mais non les graves. Donc, ne pas les employer comme moyen unique, mais quand le pus sera tari, instiller quelques gouttes de nitrate d'argent.

Les ophthalmies très légères qui cèdent à l'eau bouillie céderont *a fortiori* à l'eau boriquée, mais les sérieuses ne céderont pas. L'acide borique ne guérira donc que ce qui se serait guéri tout seul, mais si l'ophthalmie se déclare, rien ne suffit plus, même le permanganate, puisqu'il faut, en définitive, l'instillation de nitrate d'argent. Quant à la prophylaxie maternelle, elle est généralement insuffisante. Une goutte de nitrate d'argent à 2/100 instillée après la naissance donne de bons résultats, mais on fait toujours la désinfection trop tard. Quand on la pratique avant la section du cordon, la proportion change de moitié et la statistique est deux fois meilleure.

Traitement médical de la carie du collet des dents.

M. *Bruneau* donne, dans le *Journal des Praticiens*, les conseils suivants pour traiter et enrayer la carie du collet des dents :

1° Le matin, au réveil, nettoyer les dents avec une brosse chargée de savon et laver ensuite la bouche largement avec une solution parfumée d'acide thymique au 1/1000e ;

---

prudence d'un ancien procureur, alias un avoué, qui avait épousé une jeune femme, de 34 ans moins âgée que lui. — Celle-ci ne tarda pas à rechercher un peu de chaleur en dehors du foyer conjugal, par trop refroidi. Malgré ses airs ingénus, sa vertu chavira, se noya et on ne l'a pas repêchée. Notre confrère fut un des premiers à profiter de ses... faveurs ; mais quelques jours après, il eut des remords cuisants (le robin était vengé) et il ne tarda pas à être consulté par divers jeunes gens, qui n'avaient pas eu non plus à se féliciter de leurs relations avec une femme du monde, la même bien entendu. Le Dr K... fut bientôt certain que ses gonocoques et ceux de ses clients étaient frères, et, sans leur révéler ces liens de famille, il les soigna avec une sollicitude exceptionnelle, non sans leur avoir fait gravement, tout d'abord, un bout de morale.

IV. Et maintenant, je laisse la parole au Dr Diard.

Dr Grellety.

Une aventure.

Je descendais, dernièrement, de voiture à ma porte, et je vois venir à moi, clopin-clopant, un bon homme à l'air pressé. « Docteur, me dit-il, ma femme est bien malade. C'est le Dr B... mon médecin, il vient de partir par le chemin de fer, jamais ma femme ne pourra l'attendre jusqu'à demain. Venez, je vous prie, tout de suite. » Je questionne le mari, et, finalement, sachant que mon aimable confrère me saurait plutôt gré de la visite que j'allais faire, à dix kilomètres, à sa place, je fais atteler un autre Bucéphale, et j'emmène le bonhomme. On cause en route, il paraît ravi de la bonne aubaine qu'il a eue de me trouver tout prêt à lui rendre ce service.

Nous arrivons à X., à 5 heures du soir. Au coin d'une rue de sa commune, « Monsieur le docteur, me dit-il, si vous voulez bien arrêter ici, je vais aller prévenir ma femme que le Dr B... étant absent, c'est vous que j'amène. Dame, elle est si nerveuse, que ça pourrait lui faire quelque chose, de vous voir au lieu de voir M. B... ». Il descend, j'attends cinq minutes, et mon bonhomme revient : « Ah que je suis fâché de vous avoir dérangé pour rien, mon bon Monsieur. Ma femme va beaucoup mieux que quand je l'ai quittée, elle dit qu'elle aime mieux attendre, jusqu'à demain, la visite de son médecin, qui connaît son tempéra-

2° Dessécher aussitôt après, avec du coton hydrophile, le collet des dents malades, et le toucher légèrement avec une mèche imbibée d'une solution d'acide phénique à 1/20e ;

3° Plusieurs fois par jour, procéder à des lavages de la bouche avec de l'eau de Vichy ;

4° Le soir, avant le coucher, après un nouveau nettoyage minutieux des dents et de toute la cavité buccale, déposer sur le bord des gencives une légère couche du mélange suivant :

Borate de soude.....	30 grammes
Saccharine.........	0 gr. 10
Essence d'anis......	0 gr. 75

Cette médication doit être suivie assez longtemps, même après la disparition des accidents généraux. Il est même bon de conseiller aux arthritiques sujets à des poussées aiguës, d'y recourir d'une façon presque continue. En même temps que la carie du collet, elle peut combattre avec succès la pyorrhée alvéolaire si fréquente chez eux.

Traitement des hématémèses.

D'après M. le Dr *Robin*, la prophylaxie est souvent de mise dans la thérapeutique des hématémèses.

Les hématémèses de l'urémie, de l'étranglement herniaire, de la gastrite chronique, de la cirrhose seront évitées par le traitement rationnel de la maladie causale.

L'ulcère rond, cause la plus fréquente des hématémèses, exige comme base de traitement la diète absolue ou la diète lactée. Le malade ingérera trois litres de lait en cinq repas espacés, lait pris froid, non bouilli si possible. Cette diète sera longtemps continuée, malgré les illusoires craintes d'une dilatation stomacale.

Von Leube préconise, lui, le lavage de l'estomac à l'eau suivi d'un rinçage avec un liquide alcalin et terminé par l'introduction d'un lait de bismuth qui doit servir au pansement de la muqueuse ulcérée. Mais l'introduction d'une sonde dans un estomac ulcéré, expose à ces accidents graves, surtout hémorragiques, que l'on veut éviter. On peut du reste aussi bien faire ingérer le lait de bismuth sans la sonde.

M. Robin formule dans ce but des paquets antiacides et analgésiques composés : de magnésie, 1 gr.50 ; sous-nitrate de bismuth et bicarbonate de soude, ââ 1 gr. ; poudre d'opium, 5 centigr. ; lactose (sucre de lait), 50 centigr. A prendre 1 ou 2 paquets par jour.

Pour éviter la constipation, il donne le calomel ou le jalap.

Quant au traitement de l'hématémèse, dès qu'on est appelé près d'un malade qui vomit du sang, il faut le déshabiller, le coucher la tête basse dans le décubitus dorsal en lui recommandant la plus stricte immobilité, faire immédiatement une piqûre d'ergotine au creux de l'estomac, puis y appliquer de la glace.

A l'intérieur, 0 gr. 05 à 0 gr. 10 d'extrait d'opium, puis la potion :

Ergotine....................	4 gr.
Acide gallique..............	0 gr.50
Extrait d'opium.............	0 gr.10
Sirop de térébenthine.......	30 gr.
Eau de tilleul..............	120 gr.

1 c. à s. par 2 h.

On continuera cette potion jusqu'à la fin de l'hémorragie, en la faisant alterner (à l'heure intercalaire) avec une cuillerée à soupe du mélange : eau de Rabel, 3 gr. — eau, un litre.

Les accidents concomitants ont des indications propres :

Contre la syncope : décubitus tête basse, nitrite d'amyle, piqûres d'éther, sinapismes, voire la transfusion ou les injections de sérum artificiel.

Le reflux du sang dans le larynx exigera les tractions rythmées de la langue.

Contre les symptômes de péritonite indices d'une perforation : immobilité, opium, piqûres de morphine.

Contre les vomissements incoercibles, M. Robin prescrit en plus des moyens classiques tels que la glace, l'eau oxygénée, cocaïne, etc. :

« ment. Je vous remercie bien ; combien que je vous « dois pour votre course ? »

— C'est 10 fr. » Il me remet la somme et s'en va bien vite, et moi je retourne cocote du côté de Rambouillet, tout en maugréant pas mal.

Enfin ma course était payée, c'était déjà quelque chose, et mon parti fut vite pris de cette mésaventure, et puis la soirée était belle, la forêt verdoyante.

Enfin je n'avais pas perdu absolument mon temps, j'avais en poche *deux pièces de cent sous*, pour 2 heures de promenade !!! Jugez donc !

Huit ou dix jours se passent. Je retourne voir un de mes clients dans la même commune de X. Ma visite faite, une voisine me demande si je vais revoir la cliente du Dr B... près de laquelle j'avais été appelé. « Non, c'est mon confrère, son médecin, qui « doit continuer ses soins ! — Ah oui, mais vous « ne l'avez pas vue, l'autre soir ? — Non, son mari « m'a dit qu'elle allait mieux, et qu'elle désirait « attendre la visite de son médecin. — Ah bien oui, « dites donc, Monsieur Diard, mais elle n'était pas « du tout malade, et son homme n'était pas allé vous « chercher. Vous ne savez pas comment ça s'est « fait. Son homme revenait de Chartres, il avait « marché toute la journée avec des souliers neufs. « Le soir, à la gare de Rambouillet, il n'a pas trouvé « de fiacre pour le ramener chez lui, il ne pouvait « plus marcher à pied, c'est alors que voyant votre « voiture toute prête à partir, il a eu cette idée su« perbe de vous dire qu'il venait vous chercher pour « sa femme ! Et voilà ! le tour était joué, mais il « vous a payé un bon prix, plus que le loueur de « voiture ! » ?????????????????????????!!!

Depuis, le Dr B..., à qui j'ai raconté mon aventure, en a bien ri, il en rit encore ! et il ajouta : « — Eh « bien, ne vous plaignez pas, mon cher ami, vous « avez touché 10 fr. et moi qui soigne ces gens-là « depuis des années, j'en suis encore à voir la cou« leur de leur argent. »

Et quand nous nous rencontrons, nous parlons de mon petit commerce, qui s'en est tenu à cette première affaire.

Décidément, on gagne sa petite vie à être cocher de fiacre. La médecine n'enrichit pas aussi vite que le métier de loueur de voitures. On paie le loueur, on oublie de payer le médecin. Dr Diard.

P. S. — Le vieux farceur que ses voisins ont passablement blagué, m'a fait offrir 20 fr. pour les pauvres, afin de faire taire les langues ; il attend ma réponse et l'attendra longtemps.

Picrotoxine..............	} āā	0 gr. 05
Chlorhydrate de morphine		
Sulfate neutre d'atropine.....		0 gr. 001
Ergotine Bonjeau.............		1 gr.
Eau distillée.................		10 gr.
Alcool. q. s. pour dissoudre.		

Il faut prendre 8 à 10 gouttes à la fois dans très peu d'eau (1).

Il est nécessaire d'aider l'évacuation du sang qui n'a pas été rejeté au dehors, par des purgatifs, calomel, jalap.

L'hématémèse est toujours suivie d'une anémie profonde. Il est souvent, à cause de l'affection causale, impossible de recourir à une alimentation tonique. Dans cet état, le perchlorure de fer est un excellent tonique. Au bout de 8 à 10 jours le perchlorure sera remplacé par le protochlorure de fer, le quinquina et la rhubarbe.

MÉDECINE PRATIQUE

Tuberculose des centres nerveux et des méninges.

Cette vaste question nécessiterait au moins un volume, mais nous nous bornerons à un aperçu succinct des différents symptômes et du traitement des localisations nerveuses et méningées du bacille de Koch, laissant complètement de côté la partie anatomo-pathologique et histologique, et résumant rapidement le côté étiologique et pathogénique.

I

TUBERCULOSE MÉNINGÉE CÉRÉBRALE.

La méningite tuberculeuse est une des plus fréquentes manifestations de la bacillose de Koch chez l'enfant, et le nombre de ses petites victimes est encore bien considérable, chaque semaine, dans la seule ville de Paris. Les adultes peuvent, eux aussi, être atteints par ce terrible mal, contre lequel la science est encore presque désarmée.

Les malheureux frappés de méningite tuberculeuse sont généralement des tarés héréditaires de la scrofule ou de la tuberculose proprement dite. Leurs parents ont été plus ou moins tuberculeux ; plusieurs ont succombé à la phthisie pulmonaire. Ou bien, la contagion du bacille s'est faite par la cohabitation avec des tuberculeux, ou simplement par le séjour prolongé dans un logement habité antérieurement par un tuberculeux et non désinfecté après son décès ou son départ. Comme autre cause indubitable de la tuberculose méningée, il faut tenir grand compte de la tare alcoolique laissée par le père ou la mère, soit que l'un ou l'autre ait des habitudes invétérées d'alcoolisme, soit qu'au moment de la conception l'un des deux ait été sous l'influence d'une certaine ébriété. Les enfants les plus prédisposés sont ceux dont le développement et l'activité cérébrale ont été trop précoces et qui, par suite de cette suractivité circulatoire encéphalique, offrent un merveilleux terrain pour la germination et la pullulation bacillaires.

En deux mots, l'étiologie se résume en ceci : « double hérédité tuberculeuse et névropathique « qui, aidée par les mauvaises conditions hygiéniques, le surmenage intellectuel et surtout « l'alcoolisme, permet au bacille, parti d'un petit foyer viscéral ou simplement des fosses « nasales, de se localiser vers les organes encéphaliques » (1).

La méningite tuberculeuse revêt, suivant les individus et suivant les âges, des allures symptomatiques bien diverses. La grande difficulté du diagnostic de la maladie existe surtout à la période dite prodromique, avant l'apparition des grands symptômes pathognomoniques : la *céphalée*, les *vomissements* et la *constipation*. Chez l'enfant, le début est habituellement lent et insidieux ; le caractère devient triste et chagrin, l'enfant est plus sauvage, plus craintif ; il maigrit, pâlit et s'alimente notablement moins, il tousse parfois légèrement, mais il dort mal, souvent réveillé par des cauchemars, et accuse de temps en temps quelques maux de tête : il a parfois de la diarrhée, plutôt un peu de constipation et quelques nausées. On le croit atteint d'embarras gastrique, d'anémie, de fièvre, de croissance, de parasites intestinaux.

Cependant, on est inquiet de son amaigrissement et du retour presqu'à heure fixe, chaque jour, de petits accès fébriles passagers. Les purgations, vomitifs, anthelminthiques et toniques ne produisent aucune amélioration notable ; au contraire, les symptômes s'accentuent de plus en plus, les régurgitations augmentent, la constipation est tenace, la tête toujours chaude et endolorie, le visage alternativement pâle et congestionné. A ce moment, plus de doute possible, et insensiblement, progressivement, malgré tous les efforts de la thérapeutique, le mal poursuit sa marche fatale, sans paraître le moins du monde influencé, ni retardé par les interventions les plus énergiques.

Chez l'adulte, les débuts de la tuberculose méningée sont encore plus insaisissables que chez l'enfant : 1° Le début peut se faire par un accès violent de *délirium tremens* avec apyrexie, ou par un simple délire calme. 2° Le début peut se faire par une sorte de fièvre rémittente, chez un malade porteur déjà de lésions tuberculeuses et sujet à la céphalalgie et au coma. 3° La méningite tuberculeuse peut débuter comme une véritable fièvre typhoïde, par les épistaxis, la diarrhée, les taches rosées, l'hypertrophie de la rate. 4° Il y a des méningites qui débutent par des phénomènes spinaux, raideur dorsale, douleurs vertébrales, trépidation épileptoïde, troubles sensitifs et trophiques, troubles moteurs des membres inférieurs. 5° Un mode de début, assez fréquent chez l'adulte, est l'apparition brusque de troubles moteurs à la suite d'accès épileptiformes ou apoplectiformes. On voit des méningites débuter par une hémiplégie faciale, brachiale ou par une aphasie sans prodromes. M. Boix a cité des cas de méningite tuberculeuse à forme tétanique. M. Jaccoud a vu à l'autopsie une méningite tuberculeuse, ayant été caractérisée uniquement par une hémiplégie graduelle, sans perte de connaissance, ayant persisté pendant un mois.

La méningite tuberculeuse peut être consécutive à une tuberculose viscérale, pulmonaire ou intestinale.

Dans ces cas de méningite secondaire, les

(1) *Bull. gén. de thérapeutique* et le *Scalpel* 1897.

(1) F. J. Bosc, in Traité de médecine clinique et thérapeutique.

« signes de la tuberculose viscérale s'atténuent, « dès qu'éclate la complication méningée. Lors « donc qu'on verra apparaître pareille atténua- « tion des symptômes thoraciques chez un phthi- « sique pulmonaire qui se plaint de céphalal- « gie, on devra songer à une méningite et pré- « voir une mort rapide. » (Rendu.)

Enfin, la tuberculose aiguë ou granulie, peut envahir les méninges comme les autres viscères d'une manière rapide et infectieuse à la manière d'une véritable dothiénentérie. Dans ce cas, les symptômes sont confondus avec les signes généraux hyperpyrétiques et adynamiques.

Nous ne nous appesantirons pas sur le tableau clinique de la méningite confirmée ; tous les praticiens le connaissent bien. Ce sont des phénomènes plus ou moins aigus dus à la compression par les liquides épanchés et à la congestion que provoque la présence des colonies bacillaires emprisonnées dans des granulations tuberculeuses types. Chez l'enfant, la maladie peut être divisée en trois périodes : 1° Excitation ; 2° oscillations et dépression ; 3° paralysies et coma. A la première période se voient : la céphalalgie, la constipation opiniâtre, les vomissements, les convulsions, les alternatives de rougeur et de pâleur de la face, la raie méningitique, les irrégularités et les inégalités du pouls, le cri hydrencéphalique, l'attitude couchée, en chien de fusil, la crainte de la lumière, la terreur et la fixité du regard, le ventre déprimé en bateau, les contractures, le délire, les attaques épileptiformes. Cette période peut durer deux jours ou plusieurs semaines.

Une rémission survient après cette première période, rémission parfois totale des symptômes, tellement extraordinaire qu'elle surprend jusqu'au médecin lui-même. La température descend, le pouls est moins fréquent, mais toujours inégal et irrégulier, la respiration est pressée et embarrassée, et à quelques inspirations incomplètes et précipitées succèdent des inspirations longues et pénibles.

La deuxième période est caractérisée par des rémissions et par de nouvelles crises d'excitation, convulsions, délire, cris déchirants, douleurs de tête atroces, qui alternent avec les rémissions.

Le pouls est de plus en plus irrégulier et bat, 50, 40, 30 fois à peine par minute. La respiration est saccadée et entrecoupée de longues pauses et de soupirs. Parfois, on observe un véritable rythme de Cheyne-Stokes. A propos du rythme respiratoire, rappelons qu'au début même de la méningite on peut observer d'une manière presque constante un symptôme signalé par le Dr J. Simon : ce signe important consiste dans la désharmonie, la dissociation des mouvements respiratoires de la cage thoracique et du diaphragme, privés de leur synergie habituelle.

Les contractures s'exagèrent au dos, à la nuque, à la face, au point de donner parfois au malade l'aspect d'un tétanique ; l'intelligence achève de sombrer, les pupilles se dilatent et restent inégales, les réflexes rotuliens disparaissent.

La 3e période est celle des paralysies fugaces et alternantes, des tremblements, du nystagmus, des arrêts du pouls et de la respiration, du coma.

La mort survient avec une hyperthermie de 42° à 43° ou quelquefois avec une hypothermie de 34° à 33°.

La durée totale de la maladie chez l'enfant est de quinze à vingt jours, sans compter les prodromes, habituellement assez longs. Quand la méningite se développe dans le cours d'une phthisie avancée, l'évolution est très rapide et se fait en six ou huit jours. Quant au passage de la méningite tuberculeuse aiguë à la chronicité, il est un peu problématique, malgré l'opinion de Rilliet, Guersant, etc.

Chez l'adulte, les périodes ne sont pas si régulières que chez l'enfant : l'un a du délire et des accès de manie qui le font considérer pendant quelques jours comme un aliéné ; l'autre a une sorte de fièvre rémittente avec céphalée intense, et vomissements ; un 3e une sorte de fièvre typhoïde, avec convulsions, contractures, paralysies ; un 4e a des symptômes de myélite ascendante avec paraplégie et paralysie vésico-rectale. Un 5e a subitement de l'aphasie, une hémiplégie, de l'épilepsie jacksonienne et meurt presque sans avoir pu indiquer qu'il souffrait de la tête.

La localisation anatomique des lésions tuberculeuses détermine certaines variétés symptomatiques que l'on désigne sous le nom de *méningites partielles (méningites des centres moteurs,* aphasie, hémiplégie brachiale, *méningite du lobule paracentral,* troubles oculaires, paralysies des membres).

Dans les cas douteux, on peut avoir recours à l'examen ophtalmoscopique du fond de l'œil et la constatation de tubercules choroïdiens ou d'une certaine opalescence de la papille peut suffire à mettre sur la voie du diagnostic réel de l'affection encéphalique.

Quel traitement peut-on essayer aujourd'hui d'opposer à la méningite tuberculeuse ? La révulsion peut être utile au début ; on l'appliquera sous trois formes : 1° purgatifs répétés, surtout calomel à doses fractionnées de dix en dix centigrammes ; 2° sinapisation énergique des membres inférieurs (bains de pieds, sinapismes); 3° révulsion au niveau de la nuque et des apophyses mastoïdes (mouches de Milan, sétons, cautères, badigeonnages d'huile de croton).

Le bonnet de caoutchouc rempli de glace concassée et renouvelée toutes les heures est peut-être encore plus puissant comme décongestif, mais aux deux conditions, d'être appliqué dès le début, et de n'être jamais abandonné jusqu'à la terminaison.

On a employé avec avantage, surtout au point de vue moral, les frictions de la nuque après taille à ras des cheveux, avec une pommade composée de lanoline et d'iodoforme (4/30) ou les badigeonnages de gaïacol pur cristallisé en solution dans l'huile, à parties égales.

Quant au traitement interne, aucun médicament sauf l'iodure de potassium et l'iodoforme, ne paraît avoir la moindre action contre la marche fatale de l'affection. D'ailleurs, il est extrêmement rare que ces derniers amènent la guérison. La grande majorité des cliniciens est même d'avis que, du moment où la méningite tuberculeuse est confirmée, le malade est irrémédiablement perdu, quoi qu'on tente ; toute thérapeutique est vaine.

L'iodure peut se donner seul ou associé au bromure à la dose de 2-3-4 grammes en 24 heures.

L'iodoforme en pilules ou dans une potion de Todd éthérée à la dose de cinq à dix centigrammes en 24 heures.

La médecine, s'avouant impuissante en présence de la tuberculose méningée, la chirurgie a tenté à plusieurs reprises de se substituer à elle. En 1895, notre distingué collaborateur, le Dr Thiroloix, a exposé dans un article du *Concours* (page 236, no 20) les différentes tentatives chirurgicales proposées et leurs résultats. La trépanation du crâne et la ponction des méninges encéphaliques n'ont pas donné de beaux succès ; on a trépané le lac cérébelleux inférieur méningé, puis le lac sylvien. Chipault conseille d'ouvrir les espaces sous-arachnoïdiens avec le bistouri ou en déchirant l'arachnoïde avec deux pinces à disséquer. Mais ces opérations sont délicates et échouent généralement.

On pratique aujourd'hui non plus la ponction encéphalique, mais la ponction rachidienne lombaire. Cette ponction s'exécute avec une aiguille de trocart au-dessous du 3e ou du 4e arc vertébral lombaire, à quelques millimètres en dehors de la ligne médiane. On évacue de 60 à 80 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien et cette simple évacuation amène une détente extrêmement remarquable dans les phénomènes convulsifs et douloureux. En 1894, Freydan a publié l'observation d'un individu de 28 ans atteint incontestablement de méningite tuberculeuse, guéri par la méthode de la rachicentèse. Jusqu'à présent, on n'a pas essayé d'injecter dans le liquide céphalo-rachidien une solution médicamenteuse antibacillaire, comme la glycérine iodoformée ou le naphtol camphré.

II

TUBERCULES CÉRÉBRAUX.

Les granulations tuberculeuses peuvent, au lieu de se répandre sur les méninges, pénétrer dans la substance nerveuse proprement dite, écorce grise ou substance blanche, et y former des amas d'aspect néoplasique que l'on désigne sous le nom de tumeurs cérébrales tuberculeuses. Ces tumeurs siègent le plus souvent dans le cervelet, le mésocéphale ou les hémisphères cérébraux ; elles peuvent conserver la forme de granulations isolées, ou, au contraire, constituer de volumineux néoplasmes pouvant passer en leur centre à l'état caséeux ou, au contraire, à l'état crétifié.

Les symptômes des tubercules cérébraux n'ont rien d'absolument caractéristique, qui puisse les différencier des signes ordinaires des tumeurs cérébrales. Il y a d'abord des tumeurs, qui peuvent se développer lentement dans la masse blanche hémisphérique, les lobes postérieurs et les corps opto-striés et, cependant, rester longtemps silencieuses ; la tolérance cesse brusquement, lorsque survient l'hémorrhagie ou le ramollissement consécutifs à l'irritation que provoque la tumeur.

Quand le ou les tubercules siègent dans une zone non tolérante, ou en n'importe quel point de l'écorce grise, on peut observer deux catégories de symptômes : les uns diffus, qui se montrent les premiers, les autres circonscrits et localisés. Parmi les symptômes diffus, citons la céphalalgie intermittente et paroxystique parfois terrible, les tintements d'oreilles, les vertiges, les fourmillements dans les membres, le délire, la sensation d'un corps qui ballotte dans la tête ou d'un poids écrasant dans telle ou telle région de l'encéphale, des vomissements sans nausées, sans efforts, de la constipation opiniâtre ; des convulsions épileptiformes, des crises jacksoniennes commençant par un bras pour s'étendre ensuite à la tête.

Les phénomènes de localisation sont des phénomènes circonscrits produits par les lésions secondaires ou par la compression locale. Ils peuvent se diviser en 3 groupes : hémiplégies, paralysies des nerfs crâniens, troubles oculaires.

Les tubercules cérébraux provoquent parfois de l'aphasie, par compression ou destruction du pied de la circonvolution de Broca (3e frontale gauche). Les troubles oculaires sont d'ordre sensoriel, hémiopie, amblyopie, amaurose, ou d'ordre moteur (paralysie du moteur oculaire commun). On observe parfois dans les tumeurs cérébrales tuberculeuses, un ralentissement exagéré du pouls, des syncopes, des attaques apoplectiformes, du coma, de la manie. La mort survient par l'une de ces complications ou par l'explosion subite d'une méningite tuberculeuse. Toutefois, on peut espérer la guérison, au moins relative de la tumeur cérébrale, par son enkystement et sa transformation crétacée.

Le traitement des tubercules cérébraux est entièrement du domaine chirurgical, et l'on ne peut avoir d'espoir de cure radicale de ces graves manifestations tuberculeuses, que si la symptomatologie est assez nette pour permettre de localiser sûrement par avance le siège du néoplasme et d'aller l'extirper et l'énucléer sur place, grâce à une large trépanation du crâne.

La médecine n'a rien à proposer pour faire dissoudre les tubercules cérébraux, même par l'iodure et le mercure, comme elle le fait pour la syphilis. Peut-être le sérum antituberculeux, *quand il existera*, sera-t-il le remède certain de toute production néoplasique viscérale du bacille de Koch : jusqu'à présent, la médecine ne peut que consoler par cet espoir.

III

TUBERCULES MÉDULLAIRES.

L'infection bacillaire peut s'étendre aux méninges rachidiennes et à la substance nerveuse de la moelle épinière ; mais ces localisations étant très rares, nous n'y consacrerons que quelques lignes. Les méningites rachidiennes tuberculeuses sont caractérisées par de vives douleurs dorso-lombaires, par une hyperesthésie cutanée énorme, par des contractures douloureuses des membres inférieurs, par des vomissements, de la constipation et de la rétention d'urine. Le plus souvent, les contractures sont fugaces et ne durent que deux ou trois jours, et s'accompagnent d'hyperthermie. Puis, ces phénomènes s'amendent et des symptômes de dépression, de paralysie, d'incontinence fécale et urinaire apparaissent. La mort survient en quelques jours.

Le traitement est le même que pour la méningite cérébrale : Révulsion, glace, pulvérisations d'éther, de chlorure de méthyle, pointes de feu, grands bains tièdes prolongés. Bromuration et ioduration. Ponction chirurgicale rachidienne et évacuation de 60 à 80 grammes de liquide céphalo-rachidien.

Les tumeurs médullaires tuberculeuses sont les tumeurs les plus fréquentes de la moelle épinière. Ils sont rares après la vingtième an-

née, mais se rencontrent plus souvent pendant l'adolescence. Ils siègent surtout aux renflements médullaires et particulièrement au renflement lombaire ; leur volume varie d'un grain de chénevis à une noisette, leur centre est souvent ramolli et caséeux.

La présence de ces tubercules médullaires provoque soit des contractures, soit des paralysies variables avec le siège même des néoplasmes. Ce sont, soit des paralysies vésicales, intestinales, de la paraplégie, de l'abolition ou de l'exagération des réflexes, des troubles trophiques limités à tel ou tel groupe musculaire, des troubles trophiques cutanés (urticaire, zona), des troubles vaso-moteurs, de la rigidité de la nuque, avec ou sans modifications de la température.

Un fait assez remarquable et caractéristique de l'histoire des tumeurs médullaires est la fréquence des alternatives d'amélioration et de rechute ou d'aggravation brusque.

La marche de ces tumeurs tuberculeuses est toujours absolument fatale et se termine par la mort, quelque traitement que l'on essaie. La chirurgie a déjà fait quelques tentatives infructueuses ; peut-être arrivera-t-elle dans l'avenir à de meilleurs résultats. Quant aux moyens médicaux, ils sont complètement illusoires.

Dr Paul Huguenin.

HYGIÈNE

La lumière et l'éclairage.

Par le Dr A. Trousseau,
médecin de la Clinique des Quinze-Vingts.

La lumière blanche du soleil est celle qui convient le mieux à l'œil ; elle doit être distribuée aussi largement que l'air dans les habitations, étant indispensable à la santé générale autant qu'à la santé oculaire. L'organisme entier a besoin de lumière et même des rayons du soleil. L'étiolement général, certaines maladies oculaires sont la conséquence des séjours prolongés dans l'obscurité. La lumière doit toujours pénétrer dans les chambres des malades, même dans celles de ceux qui sont atteints d'affections des yeux. Je n'ai cessé de combattre le préjugé qui condamne certains patients, certains opérés à un long séjour dans l'obscurité qui, en même temps qu'il prive l'œil de son milieu naturel porte un sérieux préjudice aux fonctions générales. J'ai lutté pour la suppression du bandeau dont on couvre les yeux des enfants atteints de kératites, éternisant ainsi leur photophobie, *prolongeant la durée d'un mal* pénible. Je prescris aussi avec la plus grande réserve, l'usage des verres colorés. Je tiens à proclamer l'*utilité absolue de la lumière pour l'œil même malade*. Il est évident que dans certains cas celle-ci doit être atténuée, mais jamais supprimée.

Dans les habitations urbaines, à cause de l'étroitesse des rues et des cours, de la présence des balcons et saillies, de la défectuosité des fenêtres, la lumière est distribuée beaucoup trop parcimomieusement, aussi sommes-nous portés à avoir souvent recours à l'éclairage artificiel, auquel pourtant doit toujours être préféré l'éclairage naturel, tant que celui-ci reste suffisant.

L'excès de lumière directe peut parfois causer des accidents. On sait qu'après avoir fixé le soleil quelques instants, on éprouve des sensations pénibles, des douleurs, qu'on continue à voir des globes lumineux.

La trop grande vivacité de la lumière réfléchie fatigue les yeux ; la contemplation d'une route crayeuse, de maisons blanchies à la chaux procurent des sensations désagréables. C'est à la continuité d'action des rayons réfléchis qu'il faut attribuer les cas d'ophthalmoplégie et de cécité produits par la neige ; le voyageur qui traverse des plaines ou des montagnes couvertes de neige, doit protéger ses yeux avec le plus grand soin, au moyen de verres foncés ou de verres jaunes forme coquille.

Pour la bonne santé de l'œil il est surtout important de faire usage d'un éclairage artificiel convenable.

L'éclairage artificiel doit autant que possible se rapprocher de l'éclairage naturel. Le meilleur mode d'éclairage est donc celui qui fournira une lumière possédant les qualités voisines de la lumière solaire, à savoir *pas de dégagement de rayons jaunes et de calorique*, fixité, intensité, diffusion. Nous ne possédons pas encore cet éclairage idéal : toutes les lumières artificielles contiennent une plus ou moins grande proportion de rayons jaunes. D'après les chiffres donnés par *O. Meyer*, la lumière *électrique* est celle qui fournit le moins de ces rayons, puis viennent le *pétrole*, le *gaz*, l'*huile* et enfin la *bougie*.

Toute flamme, outre les rayons lumineux, renferme des rayons calorifiques, la production de chaleur est donc un gros inconvénient de nos sources lumineuses. Elle devient appréciable par l'échauffement de l'air et par la chaleur rayonnante qui tombe sur la tête et les yeux, et peut amener en même temps de la céphalalgie, des migraines véritables. D'après *Fisher*, les unités de chaleur produites par un foyer lumineux marchent dans l'ordre croissant qui suit : lumière électrique, pétrole, huile, gaz. D'après Cohn, la lumière du gaz produit deux fois autant de chaleur que la lampe électrique à incandescence.

Il faut encore compter avec la viciation de l'air par les produits de la combustion : la lumière électrique n'amène aucune viciation : après elle, on doit ranger le pétrole ; l'huile et surtout le gaz jouissent de propriétés inverses.

La fixité de la lumière est surtout constante pour les lampes à huile et à pétrole ; elle est très défectueuse pour le gaz et la bougie : elle peut être obtenue pour la lumière électrique par les lampes à incandescence.

Au point de vue de l'intensité, on peut dire qu'un éclairage artificiel ne peut être trop fort, pourvu que la source de lumière, dérobée aux yeux, ne les frappe pas directement. Ceci est réalisable par la lumière électrique qu'on peut arriver à rendre aussi diffuse que possible.

C'est, en résumé, la lumière électrique qui constitue le meilleur éclairage artificiel, puisqu'elle contient peu de rayons jaunes, jouit d'un grand pouvoir éclairant, ne dégage pas de calorique, ne vicie pas l'air. Elle modifie encore très peu la perception des couleurs et améliore remarquablement l'acuité visuelle. Son seul dé-

savantage est d'éblouir ; on peut y remédier en divisant les foyers, en les entourant de verres dépolis ou en les cachant partiellement par un écran. La fixité est définitivement obtenue par les lampes *Edison* à incandescence, on ne peut donc plus reprocher à la lumière électrique de vaciller sans cesse. Pour tous les usages publics et domestiques, je ne puis que recommander l'emploi de l'électricité.

L'électricité étant encore d'un prix élevé et d'une installation difficile pour quelques-uns, on peut la remplacer avantageusement par le pétrole pour les usages domestiques. Le pétrole, qui, bien raffiné, ne dégage absolument aucune odeur, est très difficilement inflammable, offre un agrément et une sécurité absolus et de plus sa lumière se rapproche, par ses qualités, de la lumière électrique.

J'en ai assez dit pour faire rejeter définitivement l'emploi de l'huile et surtout celui de la bougie.

Le gaz est, de tous les modes d'éclairage, le plus antihygiénique ; il n'a pour lui que la commodité de son emploi.

Que les gens, qui ne se préoccupent pas des frais, emploient l'électricité ; que ceux qui sont obligés de compter se servent du pétrole qui, parmi bien des avantages, à celui d'être l'éclairage le plus économique.

Il est curieux de constater que beaucoup de personnes se croient obligées de protester contre l'emploi de ces deux modes d'éclairage qu'elles déclarent trop intenses et auxquelles elles sont tentées de rapporter le moindre trouble visuel. Ces plaintes ne sont nullement justifiées et partent d'un esprit de réaction souvent inconscient.

Quand les réverbères ont été inaugurés, ce fut un concert de récriminations. Je ne citerai qu'un exemple rapporté par Sons, une phrase de Desmonceaux en 1786, qui accuse la trop grande vivacité de ces sources lumineuses de produire l'icture des yeux. « Je ne puis trop exhorter les personnes qui marchent à la lueur des réverbères de se garantir du trop grand éclat qui en rejaillit, de le faire avec ces petits écrans de poche qu'on tient à la main. » Mêmes protestations contre le gaz à son apparition, qui se reproduiront certainement à chaque nouvelle conquête scientifique. Que les mécontents réfléchissent une minute et ils seront obligés d'avouer que la lumière électrique est encore moins intense que la lumière solaire de laquelle ils se déclarent généralement satisfaits. Habitués malgré eux au perfectionnement de l'éclairage artificiel dans les lieux publics comme dans les salons, ils ne manqueraient pas de protester ; si on leur imposait pour les voies publiques, l'éclairage de l'ancienne butte des Moulins, en place de celui de l'Avenue de l'Opéra et si, au lieu de pénétrer dans un de nos salons modernes si clairs et si brillants, ils assistaient à une réunion mondaine en 1830. Il y a pour l'œil, toujours avide, une question d'accoutumance, et plus les progrès de l'éclairage seront marqués, plus il deviendra exigeant. Est-ce que déjà une salle de spectacle ne nous semblerait pas obscure et un peu triste, si elle était éclairée au gaz ?

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Déclaration et Désinfection.

Bon nombre de médecins, dans le département de la Seine, au sujet de la déclaration des maladies contagieuses, adressent cette déclaration à la mairie, ou se contentent (ce qui est infiniment préférable à toute autre manière d'agir) de prier la mairie de faire désinfecter, lorsqu'ils jugent le moment opportun.

Or ces médecins sont invités à comparaitre devant le commissaire de Police, lorsqu'un de leurs clients meurt, que la déclaration a été faite à la mairie, et que la désinfection a été opérée, parce qu'ils n'ont pas adressé la déclaration à la Préfecture de Police.

Ils reçoivent ensuite de la Préfecture de Police une lettre ainsi conçue :

« Monsieur le Docteur,

...... Vous avez répondu qu'ayant déclaré la cause de tel décès à la mairie, vous n'avez pas cru devoir faire une autre démarche.

Je crois devoir vous rappeler qu'aux termes de l'art. 15 de la loi du 30 novembre 1892, vous êtes tenu de faire, à mon administration, la déclaration des cas de maladies contagieuses tombées sous votre observation, sitôt votre diagnostic établi, et qu'à cet effet il vous a été délivré le carnet n°... dont vous m'avez accusé réception ...... »

Or l'art. 15 de la loi, mal rapporté par monsieur le Préfet de Police, est ainsi conçu :

Art. 15. — *Tout docteur, officier de santé, sage-femme, est tenu de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des maladies épidémiques tombées sous son observation ou visées dans le paragraphe suivant.*

Sur l'avis du comité consultatif d'hygiène publique, une instruction ministérielle, du 1er décembre 1893, réglemente le mode de déclaration qui se fait à l'aide de cartes postales détachées d'un carnet à souche.

Or, le carnet des médecins du département de la Seine contient, pour chaque déclaration, une carte postale pour le *Maire*, une pour le *Préfet de Police*, et ce carnet porte au-dessous des instructions ministérielles l'annotation suivante : A Paris, la déclaration doit être adressée au Préfet de Police.

Tout cela est compliqué et ambigu.

Ce qu'il y a de plus certain, c'est que le Préfet de Police rappelle à l'ordre les médecins qui déclarent *seulement à la Mairie*.

En a-t-il le droit ? — Nous ne le pensons pas, puisque les médecins, dans ce cas, se *conforment strictement à la loi* en déclarant au maire,— autorité publique.

De plus, la désinfection étant faite quand les médecins le jugent nécessaire, nous estimons qu'elle a lieu dans des conditions plus rapides et plus efficaces qu'en jetant à la boîte des cartes qui peuvent, il est vrai, mettre le médecin à l'abri des amendes, mais qui ne garantissent point l'hygiène publique. La routine administrative seule est satisfaite, mais non la prophylaxie des maladies contagieuses.

Il ressort évidemment de tout cela que la réglementation spéciale, à Paris, n'a d'autre but qu'un *intérêt statistique*.

Alors, si on consulte un curieux article des *Annales d'Hygiène publique*, signé L. T., et reproduit par la *Gazette des Hôpitaux* du 28 mai 1896, on peut voir combien ces résultats statistiques sont déplorables, puisque cet article démontre qu'à Paris, on ne déclare pas la moitié des fièvres typhoïdes, et qu'on déclare davantage de varioles, scarlatine et diphtéries qu'il y en a !

A quoi donc riment ces statistiques ?

Nous connaissons des médecins zélés, soucieux de l'hygiène autant et plus que nombre d'autres, dont le carnet de la Préfecture de Police est vierge, qui se contentent de déclarer à la mairie et de faire désinfecter minutieusement, régulièrement au moment le plus propice — qu'eux seuls connaissent bien. Ceux-là n'ont pas attendu la loi du 30 novembre 1892, pour faire de la bonne hygiène et s'occuper de la prophylaxie des maladies contagieuses ou épidémiques.

Mais on a beau avoir souci de son devoir, se préoccuper d'hygiène ; on a beau agir vite et aussi bien que possible, obéir strictement à la loi qui oblige à faire les déclarations à l'autorité publique, en déclarant au maire, autorité publique ; on a beau faire plus et mieux que l'administration et la loi, — si une décision ministérielle ou un arrêté précisant un point d'application de la loi ne sont pas suivis, autrement dit si la Bureaucratie perd ses droits, tout est perdu, et la statistique est impossible !...

Mais d'abord, pourquoi donc la Préfecture de Police, reliée par le téléphone à toutes les mairies de la Seine, ne prendrait-elle pas ses renseignements statistiques dans les mairies ? — Ils seraient plus sûrs ; mais c'est probablement trop simple.

Ce n'est pas ici le cas de montrer une fois de plus, les multiples inconvénients de la déclaration et de la désinfection, dans les conditions actuelles, mais il n'est pas inutile de dire un mot des résultats statistiques publiés par la Préfecture de Police à ce sujet, — ces résultats ne peuvent avoir aucun caractère sérieux, malgré toute la bonne volonté des médecins, parce que :

1° Tous les cas produits dans une même famille ne sont pas connus du médecin, qui ne voit quelquefois que le premier cas, les autres étant soignés par la famille, d'après la formule du premier atteint.

2° Des cas sont déclarés par les médecins, puis, transportés à l'hôpital ; ils entrent encore dans la statistique où ils comptent double.

3° Des cas innombrables sont méconnus ; d'autres vus par le médecin lorsqu'il y a des complications tardives, — comme la néphrite scarlatineuse. La moitié *au moins* des cas de scarlatine ne sont pas vus par le médecin.

4° Beaucoup de fièvres typhoïdes ne sont pas soignées. Quelques varioles discrètes passent inaperçues. Certaines cholérines et certaines dysenteries ne sont pas traitées, etc.

Nous ne nous insurgeons pas contre les mesures administratives d'hygiène, au contraire. Nous en demandons — et de sérieuses, mais pour Dieu ! commençons par le commencement.

Au lieu de broder des règlements inutiles et tracassiers autour d'une loi vicieuse, que l'on refasse cette loi, que l'on rende obligatoire la désinfection, — obligatoire la déclaration par les familles, les hôteliers, etc., et qu'on laisse le médecin soigner ses malades, faire de l'hygiène, de l'isolement, donner des conseils utiles.

C'est au médecin à donner des ordres et non pas à en recevoir.

Chacun son métier.... et la paperasserie restera aux bureaucrates.

En attendant, le Dr Martin et autres hygiénistes, continueront à faire de superbes rapports constatant la supériorité de l'organisation sanitaire ou hygiénique à Buda-Pesth, Boston et autres lieux, pendant que nous *routinerons* toujours en France.

Dr Courgey.

BULLETIN DES SYNDICATS

Association professionnelle des Médecins de Reims et de l'arrondissement.

Présents : MM. Seuvre, *Président*, Meunier, Pitoy, Colleville, Bettinger, Roussel, Henri Henrot, Bourgeois, Hoel, Langlet, Louis, Barillet, Dupré, Lacoste, Bagneris, Knœri, Duret, Lelièvre, Gosset, Chevrier, Robin, Colaneri.

Excusés : MM. Wiet et Guillaume.

Le Président ouvre la séance et prononce l'allocution suivante :

Messieurs,

Aujourd'hui vous allez renouveler le Bureau et le Conseil ; avant de remettre les fonctions au nouveau Président, permettez-nous d'abord de vous remercier de l'honneur que vous nous avez fait en nous accordant votre confiance. Nous remercions aussi les membres du Conseil de leur ardente collaboration, en particulier le Secrétaire de l'Association, qui s'est toujours montré d'une activité indomptable.

Bien que quelques-uns aient pensé que l'Association, agissait peu, qu'elle n'obtenait que des modifications tardives, nous n'avons pas l'intention de nous instituer notre propre avocat. Le rapport annuel que vous allez entendre et toutes les explications que nous sommes disposés à vous exposer, vous donneront pleine et entière satisfaction.

Laissez-nous toutefois, à ce propos, vous donner un conseil. Craignons d'être des Don Quichotte allant combattre des moulins à vent ; soyons de notre latitude, plus calmes, plus froids, plus pondérés.

Nous avons tous, grâce à l'Association, une arme sérieuse ; si un fait nous semble anormal, examinons sans passion ce que nous devons faire. Il faut que partout et toujours nous soyons maîtres de nos impressions. Soyons envers nos confrères tolérants, généreux : l'Association doit avant tout nous unir.

Tant que nous serons bien unis, nous marcherons sur le terrain de l'action, certains d'aboutir à des réformes jugées par tous utiles et indispensables. Nous devons tous désirer ardemment une longue vie à notre Association professionnelle.

Applaudissements.

Du rapport de M. le Dr Pitoy, secrétaire-général, nous extrayons les passages suivants :

Les Assurances Vie.

Les assurances vie nous ont fourni l'occasion de mettre à l'épreuve, pour la première fois, notre solidarité et cette épreuve a été victorieuse. Sept compagnies s'étaient réunies en un tout, pour trouver un médecin consentant à faire les examens à un prix inférieur à celui que nous avions fixé. Elles ont été fort surprises de l'unanimité des refus ; elles ont franchement capitulé, leur syndicat s'est mis en

rapport avec nous et nous n'avons plus qu'à veiller sur notre conquête et sur les agissements des agents qui ne cesseront d'essayer d'obtenir de nous des rabais, à leur propre profit.

....

Malgré son importance, nous ne citons ici que pour mémoire, la création et le fonctionnement du Service des honoraires, parce qu'il doit être l'objet d'un rapport particulier qui sera présenté dans la prochaine séance. Disons seulement que la Caisse spéciale a ajouté aux ressources de l'Association la somme de 373 francs, et qu'on lui a confié, à recouvrer, un total de créances de 50.057 fr.

....

Ce que nous avons fait de mieux, est, sans contredit, de nous avoir démontré à nous-mêmes, que nous étions capables, le cas échéant, d'avoir une volonté collective, cet instrument indispensable pour la réussite du moindre progrès.

Quant à ce qui nous serait le plus utile en ce moment, ce serait de nous entendre une bonne fois sur ce que nous devons à cette pauvre indépendance médicale, si négligée aujourd'hui, quoique nos anciens maîtres l'aient placée, avec un soin jaloux, à titre d'élément essentiel de l'honneur du médecin, au-dessus de tout, au-dessus, surtout, de toute question d'argent.

L'indépendance consiste, non pas à s'affranchir des devoirs professionnels, mais à n'être le subordonné de personne, à ne tolérer aucune altération du caractère de notre mission, à rester le protecteur du malade, quel qu'il soit. Toute compromission sur ce terrain est un abaissement et une faute : instinctivement nous sentons tous combien est fausse la situation du médecin imposé au malade, subi par lui et qui accepte la mission de le surveiller au profit d'un tiers, au lieu d'être son confident et son conseiller sincère. Sociétés mutuelles, assurances, accidents, médecine d'usine, forfaits de tout genre, livrent nos malades sans défense à la merci des tiers qui commandent parce qu'ils paient, nous regardent comme des employés et considèrent la mission du médecin, abaissée au niveau de leurs intérêts, ou de leur bon plaisir, comme une chose dont on peut disposer à son gré.

L'humanité n'a pas changé, les services qu'elle nous réclame sont toujours les mêmes et les anciens n'ont pas cessé d'avoir raison : Science, indépendance et dévouement, voilà le trépied intangible sur lequel a reposé de tout temps la grandeur de notre rôle dans la société !

Plus que jamais, par ces temps de tempêtes, de malveillance, qui fondent sur nous de toutes parts, nous devons reporter nos pensées sur ces vieilles vérités, notre plus solide sauvegarde et y conformer nos actes sans réticences ; c'est à ce prix seulement que nous pourrons exiger toujours et partout, l'estime pour nous et le respect pour notre belle profession. (*Vifs applaudissements.*)

Compagnie « La Zurich. »

M. Roussel, Conseiller rapporteur, expose toute la question de *La Zurich* pendant l'année 1896. M. Robin a été éliminé de ce service sans autre raison que le bon plaisir de l'agent qui l'a reconnu au Conseil et les médecins titulaires ont consenti une année d'essai, avec le fonctionnement d'un dispensaire, à des conditions non encore conformes aux décisions de l'Association, en déclarant se soumettre à ces décisions, l'année écoulée, c'est-à-dire au 1er mars prochain. Le moment est venu de prendre des mesures à ce sujet. Les médecins titulaires ont spontanément offert, à la Compagnie, des conditions que le Conseil n'a pas entièrement approuvées, et *La Zurich* les a catégoriquement refusées. On se trouve en face de cette alternative : ou conserver le *statu quo* et ajourner la lutte contre les Compagnies accidents ; ou l'accepter franchement et la conduire jusqu'au bout, coûte que coûte.

M. Robin explique comment il a été remercié par *La Zurich* ; il regrette que ses confrères aient accepté son élimination, ayant pour cause le désir de se conformer aux décisions votées et demande l'accomplissement des promesses faites, c'est-à-dire le refus de tout service en dehors des conditions de l'Association.

M. Langlet demande que l'Association apporte une grande prudence dans ses revendications avec des tiers, qui n'ont pas à s'occuper de nos règlements ; il craint de multiplier les victimes et de ne pas aboutir à un résultat satisfaisant.

M. Pitoy dit que sur 53 médecins rémois, nous sommes sûrs de 51 qui ont signé la promesse de refuser tout service à *La Zurich* ; nous sommes dans de bonnes conditions pour rester maîtres du terrain.

M. Henrot (H.) déclare que, médecin d'une grande maison de commerce, depuis qu'il exerce, il a reçu cette année l'avis d'adresser sa note à *La Zurich*, il y a ajouté le prix des certificats et il a été payé par la Compagnie, sans observations.

M. Seuvre remarque que c'est là un argument en notre faveur, la Compagnie ayant deux poids et deux mesures et sachant s'accommoder du droit commun, au besoin.

M. Colleville, au nom des médecins de *La Zurich*, déclare qu'ils remettent leur cause entre les mains de l'Association ; qu'ils feront ce que le Conseil décidera, après une étude complète.

M. le Président donne acte à nos Confrères de leur engagement et renvoie au Conseil la suite à donner à cette grosse question.

Bureau de Bienfaisance.

M. Pitoy, conseiller rapporteur, résume cette récente affaire. Notre confrère le Dr Duret, médecin suppléant de M. Wiet, depuis quatre ans, a toujours rempli ses fonctions d'une manière irréprochable. Le Bureau a divisé ce service en deux sections et a nommé, comme nouveau titulaire, non le suppléant, mais un médecin qui n'appartient pas au service. Ce médecin n'est pas membre de l'Association. M. Duret, victime d'une irrégularité, a invoqué l'appui de l'Association. Le Conseil a d'abord apostillé sa réclamation. Le Bureau de Bienfaisance a répondu par une fin de non recevoir courtoise. Le Conseil a adressé une seconde réclamation qui a reçu la même réponse. Il semble, qu'avant de prendre des mesures collectives graves, il conviendrait de demander au Bureau de Bienfaisance d'établir un règlement précis fermant la porte à l'arbitraire.

M. Langlet se rallie à la proposition d'un règlement qui évitera les conflits.

M. H. Henrot rappelle combien, dans son administration comme maire, il a été souvent embarrassé par la nécessité de choisir des titulaires pour un poste quelconque, certain de faire des mécontents. D'autre part, une simple prescription réglementaire peut imposer le choix de personnalités de moindre valeur : il se rallie à la proposition d'un règlement et voudrait la voir compléter par un concours, aussi pratique, aussi simple qu'on voudra, mais qui sera déjà une garantie de choix convenable.

M. Roussel craint que le concours ne rem

plisse pas le but cherché ; le Bureau de Bienfaisance manque souvent de candidats, il en manquera bien plus, si on rend l'accès plus difficile, à moins que le poste ne devienne plus important.

M. Henrot répond que les secours à domicile, plus appréciés des indigents que le séjour à l'hôpital, sont appelés à jouer, dans l'Assistance publique, un rôle de plus en plus considérable ; il vaut mieux le prévoir. Il ne voit pas du reste pourquoi, si les médecins sont nommés au concours pour soigner les indigents à l'hôpital, ceux qui les soignent chez eux n'auraient pas les mêmes titres.

Après la discussion, M. le président met aux voix la proposition suivante :

« Comme conclusion aux réclamations de M. Duret, il sera adressé, à la Commission administrave du Bureau de Bienfaisance, une demande d'établir un règlement complet du service médical ou du moins la réglementation du service des suppléants et de leurs droits au titulariat, comme complément du règlement existant. »

Cette proposition est votée à l'unanimité.

« Il sera demandé que le choix des médecins suppléants ait lieu au concours. »

Cette seconde proposition est adoptée par 17 voix contre 5.

Membres nouveaux.

MM. les docteurs Jelma Hern et Dubois, établis à Reims, sont élus à l'unanimité membres de l'Association.

Renouvellement du Bureau et du Conseil.

Il est ensuite procédé aux élections annuelles du Bureau et du Conseil. Elles donnent les résultats suivants :

Président, M. Meunier.
Vice-Président, M. Guelliot.
Secrétaire général, M. Pitoy.
Trésorier, M. Gosset.
Conseillers, MM. Duret, Robin et Hoel.

Le Secrétaire,
Dr H. Pitoy.

REPORTAGE MÉDICAL

— *Un arrêt de la Cour de Cassation sur le secret professionnel.* — En octobre 1895, le secrétaire de la mairie d'Arpajon avait communiqué à un conseiller municipal, les déclarations de diphtérie faites par M. le Dr Verdié. Il en était résulté une attaque d'un journal à l'adresse de ce dernier, qui répondit par une citation devant le tribunal de Corbeil et obtint satisfaction en février 1897. Mais, en même temps, le procureur de la République ordonna des poursuites, contre le secrétaire de mairie qui avait fait la communication. La condamnation de celui-ci n'ayant été prononcée, ni au tribunal de Corbeil, ni à la Cour d'appel de Paris, le parquet s'était pourvu devant la Cour de Cassation, et il a obtenu d'elle gain de cause, par l'arrêt suivant, dont nous faisons ressortir l'importance dans notre *Propos du jour*.

» Sur le moyen pris de la violation de l'article 378 dn Code pénal, en ce que l'arrêt attaqué a décidé que la communication de déclarations relatives à des maladies épidémiques, faite par un secrétaire de mairie, à un membre d'un Conseil municipal, à la veille de la réunion de cette assemblée, ne constitue pas une violation du secret professionnel ;

» Attendu qu'aux termes de l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892 tout docteur, officier de santé, sage-femme, est tenu de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des maladies épidémiques tombées sous son observation ; que ce même article dispose que la liste des maladies épidémiques dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel, doit être dressée par un arrêté du ministre de l'intérieur, qui fixe en même temps le mode de déclaration de ces maladies ;

» Attendu qu'il ressort de ces dispositions et des travaux préparatoires de la loi, que c'est dans un but exclusif d'hygiène que la déclaration des maladies épidémiques est exigée des médecins ou sages-femmes et que ceux-ci ne sont relevés de l'obligation du secret professionnel, à l'égard de ces maladies, que dans la mesure nécessaire aux communications qu'ils doivent adresser à l'autorité chargée de protéger la santé publique ;

» Attendu que ces communications, confidentielles par leur nature, conservent ce même caractère aux mains des représentants de l'autorité auxquels elles parviennent et qui, aux termes d'un arrêté du ministre de l'intérieur du 23 novembre 1893, sont le sous-préfet et le maire ;

» Attendu qu'un secrétaire de mairie est l'auxiliaire du maire ; qu'il est son confident nécessaire et se trouve, dès lors, dépositaire par état ou profession, des secrets confiés au maire et confiés par le maire à lui-même ;

» Attendu qu'après avoir constaté, en fait, que les déclarations de maladies épidémiques parvenues à la mairie d'Arpajon, ont été communiquées à un membre du Conseil municipal à la veille de la réunion de cette assemblée, la Cour d'appel a relaxé le prévenu par ce motif que la communication de documents propres à éclairer un conseiller municipal dans l'exercice de son mandat, ne constitue pas une violation du secret professionnel;

» Attendu que la divulgation incriminée ne pouvait perdre son caractère délictueux qu'autant qu'il aurait été établi qu'elle était commandée par la nécessité ; que la preuve de cette nécessité ne résulte pas des circonstances de fait énoncées par l'arrêt ;

» Qu'au surplus il n'appartenait pas au secrétaire de la mairie d'Arpajon d'apprécier si la communication demandée devait ou non être faite ;

» Qu'il suit de là qu'en renvoyant le prévenu des fins de la poursuite, l'arrêt attaqué a faussement interprété et violé l'article 378 du Code pénal :

» Par ces motifs et sans qu'il y ait lieu de statuer sur les autres moyens de pourvoi, casse et annule l'arrêt rendu par la Cour d'appel de Paris, chambre des appels de police correctionnelle, le 13 juin 1896, et pour être statué à nouveau conformément à la loi sur l'appel interjeté par le ministère public du jugement du tribunal correctionnel de Corbeil, en date du 27 décembre 1895, renvoie la cause et le prévenu, Dijon, devant une autre Cour d'appel, qui sera ultérieurement désignée. »

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.176. — M. le docteur Verdier, de Paris, membre du Syndicat des médecins de la Seine.

N° 4.177. — M. le docteur Dubois, de Savonnières (Indre-et-Loire), membre du Syndicat des médecins de Tours.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part du décès de M. le Dr *Morvan* (de Brest), président de l'Association. M. le Dr Maréchal a prononcé l'éloge funèbre de notre confrère qui était le représentant des traditions médicales et de l'honneur professionnel les plus élevés.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues

Dix-Neuvième année N° 14 3 Avril 1897



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Société civile du Concours médical.

Séance du Conseil de Direction du 26 *mars* 1897.

Présents : MM. Cézilly et Gassot.
Excusés : MM. Gibert et Maurat.

M. le docteur Jeanne est invité à assister à la séance.

Le Conseil de Direction, en présence des circonstances graves que traverse le Corps médical, a examiné la question de la fâcheuse pratique de la dichotomie, cause de tant de maux.

Il la repousse d'une façon absolue, et donne son approbation à la déclaration faite par le directeur du Concours médical, dans le n° 38 (18 septembre 1896).

Depuis la dernière séance du Conseil de Direction, et en conséquence des décisions prises par la dernière Assemblée générale, une commission destinée à étudier la question des sanatoria, s'est constituée.

Elle se compose de MM. Cézilly, Vacquier (directeur du sanatorium de Villiers-sur-Marne), Lauth (ancien directeur du Sanatorium de Leyzin), Macé (de Saint-Calais, Sarthe), Duhourcau (de Cauterets), Bellencontre (de Paris), Albespy Daniel (de Rodez), et Saunal (de Paris), Léon Petit (secrétaire général de l'œuvre des enfants tuberculeux), Deschamps (d'Arcachon), Lalanne (de la Teste-de-Buch), Jeanne (de Meulan); tous auteurs de projets de sanatoria ou ayant étudié la question.

Plusieurs séances ont été tenues. Il a été décidé en premier lieu :

1° Que la Commission se tenait à la disposition de tous les créateurs de Sanatoria, pour étudier leurs projets et au besoin leur prêter la publicité du journal.

2° Que le plus urgent consistait dans la création, aux environs des grandes villes et de Paris en particulier, de Sanatoria, puisque, d'un commun accord, il a été reconnu que l'altitude n'était pas indispensable et qu'on pouvait attendre de tels établissements des résultats médicaux considérables.

Le Conseil de direction prend acte de cette communication et donne son appui moral aux efforts tentés par la Commission.

Le projet de statuts provisoires de la Caisse des veuves et des orphelins du Corps médical a été publié dans le n° 4 (23 janvier 1897), du *Concours médical.*

Un certain nombre d'adhésions ont été recueillies.

Le Conseil de Direction décide les mesures convenables pour hâter la mise à exécution du projet.

Le Conseil, consulté sur le cas d'un confrère mort dans une tourmente de neige et laissant sa famille sans ressources dans la Lozère, décide qu'il fera appel à la Caisse des victimes du devoir.

Le Conseil examine la correspondance et donne aux diverses questions, les solutions qu'elles comportent.

Association amicale des Médecins français.

Séance du Conseil d'Administration du 26 *mars* 1897.

Présents : MM. Cézilly, Jeanne et Gassot.

Excusés : MM. Archambaud et Maurat.

Le trésorier fait part de la démission de deux membres :

MM. Olivier, de Caille, n° 156.
Joly, de Saint-Pourçain, n° 350.

Ces démissions sont acceptées.

Le Conseil d'Administration, après l'enquête nécessaire, prononce la radiation d'un membre en vertu de l'article 14.

Le Conseil d'Administration décide d'allouer les indemnités suivantes :

Aux sociétaires	Fr.
N° 11 pour 7 jours de maladie.......	70
» 82 pour 3 mois (20 décembre 1896 au 20 mars 1897).............	300
» 119 pour 3 mois (jusqu'au 1er avril).	300
» 136 pour 9 jours..................	90
» 139 pour 1 mois plus 17 jours.....	156 60
» 150 pour 3 mois jusqu'au 1er avril.	300
» 171 pour 15 jours.................	150
» 244 pour 4 jours..................	40
» 258 pour 60 jours plus un mois jusqu'au 22 mars...............	700
» 309 pour 10 jours.................	100
» 319 pour 6 jours..................	60
» 348 pour 10 jours.................	100
» 356 pour 32 jours.................	320
» 203 pour 35 jours.................	350
Total.................	3,036 60

M. le docteur Lop fait un don de 20 francs.

Le Conseil d'Administration lui vote des remerciements.

Le trésorier communique la liste des confrères suspendus.

1° Depuis le 1er juillet 1896 :

Le sociétaire n° 57
— n° 168
— n° 331
— n° 53

Ces membres seront, en juin, mis en demeure de s'acquiter sous peine de radiation.

2° Depuis le 1er janvier 1897 :

Le sociétaire n° 133
— n° 183
— n° 200

Le Conseil d'Administration prononce les admissions suivantes :

Combinaison A.

MM. Surbled, de Corbeil (Seine-et-Oise), Beaudier, d'Attigny (Ardennes), Billon, de Dampierre (Jura), Jouis, d'Andouillé (Mayenne), Auriol, d'Arles (B.-du-Rhône), Caffeau, d'Aniche (Nord), Blondel, de Pavilly (Seine-Inférieure), Sarda, d'Annonay (Ardèche).

Combinaison B.

MM. Lejeune, de Meursault (Côte-d'Or), Lemaitre, de Neufchatel (Pas-de-Calais), Belliard, de Mont-Jean (Maine-et-Loire), Moussier, de Nantes (Loire-Inférieure), Bentkowky, de Saint-Jean-du-Gard (Gard), Beaupère, de Salornay-sur-Guye (Saône-et-Loire), Gilson, d'Angoulême (Charente), Lesur, de Versailles (Seine-et-Oise), Bécue, de Saint-Revérien (Nièvre), Picot, de Chollet (Maine-et-Loire), Duros, d'Aunay-sur-Odon (Calvados), Lavielle, de Dax (Landes), Chabert, de Roquemaure (Gard), Sauve, de Salins-de-Giraud (B.-du-Rhône), Lablancherie, de Matha (Charente-Inférieure), Ansaloni, de Romorantin (Loir-et-Cher), Rogée, de Saint-Jean-d'Angély (Charente-Inférieure).

L'admission conditionnelle de M. Prunet (Joseph), de Villeréal (Lot-et-Garonne), devient définitive, par décision spéciale, sur nouveaux documents.

LA SEMAINE MÉDICALE

La sérothérapie de la peste.

Le Dr *Yersin*, dit le *Bulletin de l'Académie de Médecine*, a pu traiter à Canton et à Amoy 26 pestiférés par le sérum antipesteux et obtenir 24 guérisons et 2 morts, soit une mortalité de 7,6 pour 100. Rappelons que tous ceux qui ont observé la peste, estiment que la mortalité n'est pas inférieure à 80 pour 100.

Aussitôt la maladie déclarée, M. Yersin injecte 20 à 40 centimètres cubes de sérum ; dès le lendemain, disparition des accidents, guérison en deux jours. Celle-ci est d'autant plus vite obtenue, que l'injection est faite plus près du début des accidents.

Si M. Yersin n'a pu traiter un plus grand nombre de malades, c'est que sa provision de sérum était épuisée et qu'il dut quitter Amoy pour échapper aux sollicitations des parents pour lesquels il ne pouvait plus rien.

Jusqu'ici, le sérum antipesteux n'a été employé que dans les cas de maladie confirmée ; mais d'après ce qui a été observé chez les animaux, il doit être plus efficace encore pour prévenir la peste, que pour la guérir. Il est donc tout indiqué lorsqu'un cas de peste a éclaté dans une maison, d'injecter préventivement du sérum à toutes les personnes exposées à la contagion. M. Yersin pense que c'est la mesure la plus efficace contre la diffusion de la maladie.

Combien de temps durera l'immunité ainsi conférée ?

La question sera bientôt résolue par des expériences en cours d'exécution sur des animaux.

Lithiase intestinale et gravelle de l'intestin.

Plusieurs cliniciens éminents, tels que MM. Dieulafoy, Reclus, etc., viennent d'attirer l'attention sur une affection assez fréquente, que l'on a paru jusqu'ici complètement négliger, c'est la lithiase de l'intestin.

Il y a, en effet, une lithiase intestinale comme il y a une lithiase biliaire et une lithiase urinaire.

La lithiase intestinale peut être formée de sable, de graviers et même de calculs.

Ce sable, ces graviers, ces calculs sont composés de matière organique stercorale et de matière inorganique, dans laquelle les sels de chaux et de magnésie ont la place prépondérante. Les matières organiques et inorganiques sont associées en proportions variables.

La lithiase intestinale est souvent accompagnée d'entérocolite muco-membraneuse.

Au point de vue de la pathogénie, la lithiase intestinale fait souvent partie de la diathèse goutteuse ; il y a une gravelle intestinale diathésique, au même titre que la gravelle urinaire et que la gravelle biliaire.

Par contre, il y a des cas de lithiase intestinale qui ne peuvent pas plus être rattachés à la diathèse goutteuse que certains cas de lithiase urinaire et biliaire.

La lithiase intestinale peut ne révéler sa présence par aucun symptôme spécial, mais le plus souvent, elle donne lieu à des crises abdominales très douloureuses, véritables coliques intestinales lithiasiques, dont la durée et l'intensité sont variables.

Ces coliques intestinales lithiasiques sont suivies de l'émission de sable, de graviers, de débâcles sableuses, avec ou sans matières glaireuses et membraneuses.

Les coliques intestinales lithiasiques ne doivent être confondues ni avec les coliques hépatiques, ni avec l'appendicite.

Le nitrate de potasse dans l'asystolie cardiaque.

Malgré l'opinion assez généralement répandue que les sels de potasse sont *tous* des poisons cardiaques, M. *Krivonogov*, mettant à profit les idées de G. Sée et de Botkine sur l'augmentation de la tension vasculaire par ces sels, a entrepris récemment une série d'expériences sur l'action du salpêtre (nitrate de potasse) dans l'asystolie cardiaque.

Les essais ont porté sur 15 malades, la plupart des artério-scléreux, avec un cœur fatigué et hypertrophié ; deux d'entre eux avaient, en outre, une lésion mitrale, un troisième une néphrite, tous étaient arrivés à la période d'incompensation. Le médicament était ordonné à la dose de 4 grammes par jour.

M. Krivonogov prit soin de noter exactement tous les jours, à la même heure, la pression sanguine, l'état du pouls, le poids du malade, etc. Pour établir la valeur du nitrate de potasse, par rapport à celle des médicaments classiques dans l'asystolie, quelques-uns des malades furent soumis concurremment à la digitale, au muguet, etc. ; enfin, le régime lacté fut suspendu pendant toute la durée de la cure.

Sur les 15 malades traités par le salpêtre, 8 furent guéris de leurs accidents asystoliques ; 5 autres améliorés ; les 3 derniers seuls, atteints de complications rénales, hépatiques ou pulmonaires, restèrent dans leur état primitif. Le salpêtre parut agir d'une manière efficace, surtout chez les artério-scléreux purs, avec un cœur hypertrophié et dégénéré ; chez eux le pouls accéléré se ralentit, l'arythmie cardiaque s'amenda, la diurèse s'établit, abondante, sous l'influence d'une augmentation très nette de la pression sanguine ; les œdèmes s'effacèrent, l'ascite se résorba, la respiration se régularisa, le sommeil revint, bref tous les symptômes pénibles de l'asystolie aiguë disparurent (1).

Le salpêtre présente, sur la digitale, l'avantage de ne pas produire d'effet cumulatif ; ainsi, malgré une administration quotidienne pendant plus d'un mois, M. Krivonogov ne constata aucun symptôme d'intolérance (vomissements, céphalée). Il faut dire pourtant que souvent l'action du salpêtre se fait attendre assez longtemps : dans un cas, elle ne se fit sentir qu'au bout de la première semaine ; cependant la diurèse et la régularisation de la fonction cardiaque surviennent habituellement du deuxième au troisième jour.

M. Krivonogov a complété ces résultats cliniques par une série de données expérimentales et il a démontré que le salpêtre augmentait la tension sanguine en agissant non sur les vaisseaux périphériques, mais sur le cœur lui-même ; ce serait donc, pour lui, un médicament cardiaque par excellence.

(1) *Revue des Hôpitaux*, n° 3.

L'alopécie de la fièvre typhoïde.

M. le Dr *Dauchez* indique, dans le *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles,* les moyens suivants pour combattre l'alopécie de la fièvre typhoïde :

1° Pour favoriser l'action révulsive des substances médicamenteuses sur le cuir chevelu, on coupera aussi court que possible les cheveux aux ciseaux. — Puis le soir, deux heures avant de coucher l'enfant, les téguments seront recouverts d'une couche de savon mou de potasse (savon noir) sur une flanelle. — Avec de l'eau chaude à 40°, la tête sera ensuite largement ablutionnée, essuyée et frictionnée chaque soir avec deux cuillerées de la mixture révulsive :

Teinture de cantharides.....	10 gr.
— de cannelle........	ââ 2 gr.
— de girofle..........	
— de noix vomique...	
Glycérine médicinale........	ââ 20 gr.
Vinaigre distillé............	
Eau de roses..................	200 gr.

Après cette friction, la tête sera enduite de la pommade suivante :

Quinquina pulvérisé..........	8 gr.
Camphre blanc pulvérisé.....	2 gr.
Onguent styrax.............	ââ 20 gr.
Vaseline benzoïnée..........	

Ce traitement sera effectué de trois à six jours de suite, selon la tolérance des malades.— Pendant la journée, les cheveux seront simplement enduits d'une couche légère de baume du Pérou.

2° La semaine suivante la tête sera lavée alternativement avec la décoction de saponaire ou d'écorce de quinquina (20 à 30 p. 100).

3° En même temps, on conseillera la préparation suivante :

Lactate de fer..............	1 gr.
Glycérine médicinale.........	ââ 150 gr.
Vin d'Espagne...............	

Une cuillerée à bouche avant chaque repas pendant quinze à vingt jours.

4° Hydrothérapie tiède, suivie de la douche écossaise, vers le quinzième jour. Si le convalescent est trop débilité, frictions avec le liniment de Rosen.

Moyens d'éviter les inconvénients de l'acide picrique comme topique.

Le seul inconvénient que présente la solution d'acide picrique, dans le traitement des brûlures, est la coloration jaune, qu'elle donne aux mains et quelquefois aux vêtements du médecin. Pour faire disparaître cette coloration en quelques minutes, nous écrit M. le Dr *F. Prieur*, de Besançon, il suffit de se laver les mains (en les frottant l'une contre l'autre) jusqu'à ce qu'elle ait entièrement disparu, dans une solution saturée de carbonate de lithine, qui sera, au besoin, renouvelée 2 ou 3 fois. Cette solution, alcaline et non caustique, fait en même temps l'office de savon, assouplit et adoucit la peau, On la prépare, au moment de s'en servir, en jetant une ou deux pincées de carbonate de lithine dans un bol d'eau ordinaire.

Pour enlever des taches sur des étoffes. on pourrait faire une pâte légère avec un peu de carbonate de lithine et d'eau, en couvrir la

tache, frotter un peu et rincer à l'eau, ou bien mettre tremper l'étoffe, un certain temps, dans la solution saturée. Jusqu'à quel point les étoffes de laine ou de soie résisteront-elles à ce traitement par un alcalin, l'expérience le dira; dans tous les cas autant vaut un trou qu'une tache. Le même procédé pourra servir à décolorer la peau des malades, brûlée très superficiellement et qui aurait gardé la teinte jaune.

Le carbonate de lithine est si léger, si peu soluble dans l'eau, il en faut une si petite quantité pour préparer la quantité de solution nécessaire au lavage des mains, que malgré son prix assez élevé, la décoloration de la peau par ce moyen revient à très bon marché.

N. B.— L'emploi du carbonate de lithine a été indiqué voilà 2 ou 3 ans par Jelinkz, de Prague, pour la décoloration rapide des pièces histologiques traitées par l'acide picrique ou par les mélanges dans la composition desquels entre cet acide. On ajoute quelques pincées de carbonate de lithine en poudre, ou bien un peu de solution aqueuse saturée, à l'alcool dans lequel passent ces pièces au sortir de l'acide picrique. Pour arriver au même résultat sans la lithine, il faut beaucoup de temps et une grande perte d'alcool.

Tubercule solitaire de la moelle, au niveau des 2e et 3e paires sacrées

A propos de notre dernier article sur la tuberculose des centres nerveux et en particulier de la moelle, nous trouvons dans le *Journal de Clinique et de Thérapeutique infantiles*, une remarquable observation publiée par M. *Marfan* à la société médicale des hôpitaux :

« Un enfant, à l'âge de 2 ans et 2 mois, est pris subitement, sans aucun phénomène prémonitoire, d'une paraplégie spasmodique complète, avec incontinence des matières fécales et des urines. Au bout de trois semaines, la paraplégie s'améliore un peu, mais l'incontinence persiste toujours, très marquée.

« En raison du début de la paraplégie, qui a atteint d'emblée son maximum, pour s'atténuer ensuite, on a pensé qu'il s'agissait d'une hématomyélie. Comme l'hématomyélie est toujours secondaire, il y avait lieu de se demander quelle était la lésion primitive. On pouvait hésiter entre la syphilis et la tuberculose. La syphilis ayant pu être écartée, on pensa qu'il existait un tubercule solitaire de la moelle ayant déterminé une hématomyélie. L'enfant étant mort à l'âge de 3 ans, l'autopsie confirma ce diagnostic.

« Il y avait un tubercule, gros comme une petite noisette, occupant presque toute la substance médullaire, au niveau de l'émergence de la 2e et de la 3e paire sacrées; une hématomyélie de la zone immédiatement sus-jacente, des hémorragies sus-arachnoïdiennes, une poliomyélite ascendante hémorragique, et une phlébite intense et diffuse des veines de la pie-mère, dont le foyer principal correspond au foyer même de l'hématomyélie. »

Traitement de la coqueluche.

Dans un récent article de la *Revue d'Obstétrique et de Pædiatrie*, Mlle *Broïdo* résume les plus nouvelles recherches sur le traitement de la coqueluche par la quinine et par l'antispasmine :

Avec la quinine, d'après Fischer, les résultats sont de beaucoup meilleurs que ceux que donnent tous les autres médicaments, même l'antipyrine. Dans plusieurs cas, la quinine a une action abortive, et les accès, après avoir rapidement diminué de nombre, cessent bientôt complètement. Son action semble surtout favorable dans les cas compliqués de lésions pulmonaires, notamment la broncho-pneumonie. La dose employée par l'auteur était de 0,01 centig. par mois de l'enfant et de 10 centig. par année; la dose maxima était de 0,40 centig. à la fois, que les enfants supportent très bien, du moins dans la grande majorité des cas.

La quinine diminue le nombre des accès après cinq jours de traitement au plus ; même les formes les plus graves passent, au bout de 12-15 jours de ce traitement, à l'état de simple bronchite ; la quinine a une action très favorable sur la broncho-pneumonie et elle constitue toujours un très bon stimulant de l'appétit.

Quant au meilleur mode d'administration de la quinine aux enfants, Noorden arrive à faire prendre aux enfants au-dessus de 3 ans, la quinine en capsules de 10 centigr. chaque ; aux enfants moins âgés, il recommande d'incorporer la quinine dans du chocolat dosé aussi de façon à former des tablettes avec 10 centigr. chaque, et qu'on donne soit telles quelles, soit dans du lait. Enfin, aux enfants au-dessous de dix mois ou bien à ceux qui vomissent beaucoup, cet auteur administre la quinine en suppositoires, qui sont très bien supportés et ne provoquent aucun phénomène d'irritation rectale.

La voie hypodermique, recommandée par Fervers, n'est pratique qu'à condition de recourir au chlorhydrate bibasique de quinine, que les médecins italiens emploient en injection, hypodermique, depuis longtemps. Ce sel, très riche en quinine (81 p. 100), et très soluble dans l'eau, s'obtient facilement avec le sel monobasique en ajoutant à 20 gr. de chlorhydrate acide, 15 gr. d'eau distillée et 5 gr. d'acide chlorhydrique.

Les injections hypodermiques de quinine n'irritent pas la peau et ne présentent, à ce point de vue, aucun inconvénient. On doit faire ces injections lentement, et un peu profondément : deux injections par jour, en introduisant dix centigrammes par année d'âge, sont largement suffisantes. Quand l'amélioration se montre, on n'en fait plus qu'une par jour. La durée de ce traitement est de dix à trente jours, suivant les cas.

L'antispasmine, qui est une combinaison de salicylate de soude (3 parties) et de narcéinate de soude (1 partie), a été recommandée pour la première fois par Demme comme un hypnotique et un calmant dans les affections s'accompagnant de phénomènes spasmodiques douloureux.

Stooss (de Berne) a soigneusement expérimenté l'antispasmine ; après avoir constaté que le bromoforme n'agit que sur l'intensité et la fréquence des accès, mais ne modifie nullement la durée de la coqueluche et qu'il a en outre quelquefois une action défavorable sur l'économie ; cet auteur a commencé à administrer à ses petits coquelucheux de l'antispasmine.

La solution employée était soit à 5 p. 100, soit (pour les enfants au-dessus de 3 ans) à 10 p. 100.

La dose était de 3 à 5 gouttes (1 centigr.) trois fois par jour, pour les enfants au-dessous de 6 mois ; 5 à 8 gouttes 3-4 fois par jour pour ceux d'un an ; pour les enfants d'un an à deux, 8 à 10 gouttes 3-4 fois par jour ; 10 à 12 gouttes pour ceux de 2 ans ; 15 à 20 gouttes à 3 ans. Aux enfants au-dessus de 3 ans, on donnait 30 gouttes par jour de la solution à 10 p. 100.

Malgré l'emploi parfois très prolongé de l'antispasmine, l'auteur n'a jamais constaté aucun accident secondaire ni aucun trouble gastro-intestinal imputable à la médication.

Dans la grande majorité des cas, les accès diminuaient très rapidement d'intensité ; puis leur nombre décroissait.

L'auteur encouragé par les résultats obtenus, a souvent prescrit cette substance dans d'autres affections s'accompagnant de toux spasmodique, laryngite suffocante, toux nocturne, bronchite, adénopathie trachéo-bronchique, et a toujours eu à s'en louer.

Traitement du pityriasis versicolor.

D'après M. *Brocq*, dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, le traitement du pityriasis versicolor est très simple et permet d'arriver très vite à la guérison ; mais la difficulté est que l'affection récidive presque toujours et qu'il faut souvent recommencer le traitement.

Le meilleur mode de traitement est l'emploi de la teinture d'iode ; mais il faut y renoncer quand les taches sont trop étendues. Le mieux est alors de faire faire un premier nettoyage dans un bain sulfureux avec du savon additionné comme il suit :

Savon mou de potasse.	60 grammes.
Acide salicylique......	2 grammes.
Résorcine.............	1 gramme.

Au sortir du bain, le malade se frictionnera avec un linge rude et s'enduira de la pommade suivante, qui est utilisée dans l'acné, quand on veut se servir du soufre et qu'on ne veut pas prescrire de topique trop irritant.

Acide salicylique......	0.30 centigr.
Soufre précipité........	2 grammes.
Oxyde de zinc.........	3 grammes.
Huile de lin..........	} ââ 5 grammes.
Terre siliceuse.......	
Lanoline.............	

Cette pommade forme une pâte qui colle fort à la peau : pour l'enlever on se sert de vaseline pure ou d'huile, puis de savon noir de cuisine ou de savon à l'acide salicylique ou au naphtol.

On peut employer également les pommades mercurielles au turbith par exemple, mais il faut éviter alors l'emploi des bains sulfureux, qui noirciraient la peau, et leur substituer les bains alcalins.

Lorsque la peau est un peu irritée, on peut la calmer par une pommade contenant un peu d'acide salicylique qui favorise la desquamation et on recommence le même traitement, si cela paraît nécessaire.

MÉDECINE PRATIQUE

Tuberculose péritonéale et mésentérique.

Le bacille de Koch, si fréquemment contenu dans les aliments mal cuits (viandes non surveillées et insuffisamment cuites, lait non bouilli, etc.), se greffe facilement sur les terrains peu résistants dans le péritoine et dans l'intestin des sujets débiles, particulièrement des enfants, jeunes gens et vieillards. Nous étudierons aujourd'hui les symptômes et les moyens de lutte à notre disposition contre les localisations tuberculeuses du péritoine et du mésentère.

I.

TUBERCULOSE PÉRITONÉALE.

La péritonite tuberculeuse est rare avant l'âge de 4 ans ; elle est surtout fréquente dans l'adolescence, jusqu'à 25 ans environ. Dans la vieillesse, elle est exceptionnelle. L'infection du péritoine se fait par la voie intestinale (pénétration des bacilles au travers des membranes d'enveloppe de l'intestin), ou par la voie génitale (métrite, ovarite, vésiculite, prostatite et déférentite, cystite), ou par contiguité avec la plèvre (pleurésie bacillaire), ou enfin par les vaisseaux lymphatiques (ganglions tuberculeux, ostéites tuberculeuses) ou sanguins (granulie.) Les bacilles de Koch provoquent, dans le péritoine, soit des tubercules miliaires réunis en granulations, soit des ulcérations tuberculeuses résultant d'amas caséeux suppurants, soit d'abondantes productions fibreuses, qui forment des brides, des cordes intra-abdominales, atrophiant le foie, la rate, les ovaires, l'intestin grêle et pouvant provoquer des étranglements internes. Il est rare que ces trois genres de lésions ne se trouvent pas réunis sur le même sujet, mais généralement, un de ces trois types prédomine.

Les symptômes qui caractérisent la tuberculose péritonéale sont les suivants : début habituellement très insidieux, développement anormal du ventre, douleurs spontanées et à la palpation, formation d'ascite, fièvre hectique, amaigrissement, vomissements, diarrhée et terminaison par la mort, dans un délai variable suivant la marche aigüe ou chronique de l'affection.

Tels sont les grands traits de l'évolution clinique de la péritonite tuberculeuse ; mais reprenons-les par le détail.

On peut observer une *forme aiguë généralisée* et *une forme aiguë localisée*. Dans le premier cas, il s'agit d'une granulie s'étendant à la fois aux poumons, à l'intestin, aux méninges, et les symptômes généraux masquent presque totalement la péritonite, avec les allures d'une dothiénentérie, caractérisée par épistaxis, entérorrhagies, diarrhée, taches rosées, fièvre à rémissions matinales, eschare au sacrum, vomissements, hyperesthésie cutanée, phlegmatia alba dolens et muguet. Il est vrai qu'avec un peu de finesse pratique, on remarquera que l'abdomen est douloureux dans toute son étendue et non pas seulement à la fosse iliaque droite ; de plus, il est ballonné, mais contient un épanchement ascitique ; la température, immédiatement plus élevée que dans la fièvre typhoïde, se tient entre 40° et 41° ; les poumons, la plèvre sont le siège de poussées congestives, qui se développent autour des foyers

tuberculeux ; l'amaigrissement est très rapide et très considérable.

La durée de cette forme est de trente à quarante jours et la terminaison est toujours fatale.

La forme aiguë localisée présente les apparences de la péritonite aiguë. Avant les 4 ou 5 premiers jours, la confusion avec la dothiénentérie est possible, mais à partir de ce moment, le faciès grippé péritonéal, les vomissements bilieux verdâtres, la constipation rebelle, les douleurs abdominales, l'ascite, l'œdème des membres inférieurs, provoqué par la compression des gros troncs veineux abdominaux, la fréquence du pouls, 150 pulsations par minute, la modération de la température, 38 à 39°, enfin l'existence presque constante d'un double épanchement pleural forment un ensemble symptomatique ultra suffisant pour faire poser le diagnostic précis de l'affection.

La maladie se termine par la mort, au bout de 6 à 7 semaines, par cachexie progressive, à la suite de la caséification des tubercules et de leur suppuration, ou par complication pulmonaire phlegmasique aiguë.

Dans certains cas, elle se termine par transformation scléreuse des tubercules et guérison, mais bien rarement, hélas ! Ce genre de terminaison est annoncé par la diarrhée, la résorption de l'ascite, la chute de la fièvre.

Le mode de terminaison le plus habituel, est la mort ou le passage à l'état chronique.

La forme chronique est tantôt à prédominance ulcéreuse, tantôt à prédominance fibreuse. Quoi qu'il en soit, cette forme chronique peut débuter par une péritonite aigüe tuberculeuse, comme nous venons de le voir ; mais elle débute plus fréquemment sans fracas, lentement, à l'insu du malade, qui ne souffre pas : l'abdomen augmente de volume, les vaisseaux de la paroi se dilatent et se dessinent sous la peau, les forces diminuent ; peu à peu, survient de l'amaigrissement, la diarrhée alterne avec la constipation ; les symptômes peuvent en rester là pendant quelques semaines, et cette sorte de *péritonite latente* peut se révéler tout à coup par une occlusion intestinale aiguë : c'est une bride intra-abdominale qui a occasionné une coudure brusque de l'intestin et un étranglement consécutif. Ce mode d'évolution est évidemment rare : plus souvent, les lésions augmentant d'importance et se généralisant dans le péritoine, provoquent un épanchement ascitique assez notable, une déchéance des forces de plus en plus grande, une vive répugnance pour tous les aliments solides, des vomissements bilieux, une fièvre essentiellement variable de 38° à 40°, pouvant osciller de 2 degrés en quelques heures ; la cachexie fait de rapides progrès, le teint est terreux, le petit bassin devient chez les femmes, le siège de complications ovariques, qui se traduisent par de l'aménorrhée et des coliques utérines et lombaires ; les sueurs sont très abondantes toutes les nuits et parfois, une petite toux sèche, un peu de dyspnée, quelques hémoptysies, indiquent l'invasion des poumons par le bacille de Koch.

L'abdomen s'œdématie et se vascularise surtout au-dessous de l'ombilic : il est douloureux à la palpation profonde, surtout quand on retire brusquement la main qui palpe. On trouve par la palpation, des régions inégalement dures ou élastiques, des sortes de *gâteaux* irrégulièrement disséminés sous la paroi et recouvrant complètement en certaines régions les anses intestinales. La percussion dénote naturellement de la matité sur ces gâteaux et dans leurs intervalles une sonorité tympanique d'anses intestinales distendues. Ces lésions peuvent se localiser parfois à telle ou telle portion du péritoine (périhépatite ; périsplénite ; pérityphlite ; péricolite, périmétrite et péri-ovarite). Dans le petit bassin, le toucher vaginal permet souvent de se rendre compte des déviations utérines produites par des masses bosselées, inégalement dures et fluctuantes, qui donnent lieu, si on les ponctionne, à un écoulement purulent.

Cet état chronique et cachectique peut durer trois et quatre mois, sans grandes modifications : cependant, le plus souvent, une complication telle que pleurésie double, méningite, étranglement interne, perforation intestinale vers le péritoine ou vers l'estomac, vers la vessie, vers le diaphragme, vers la plèvre, vers le péricarde, perforation de l'ombilic, enfin granulie généralisée, précipite le dénouement fatal.

Quand aucune complication ne se produit, la mort arrive par cachexie progressive, eschare au sacrum, œdème des membres inférieurs, diarrhée, phtisie pulmonaire (1).

Lorsque la péritonite est localisée, comme nous le disions plus haut, elle peut s'enkyster, former une poche absolument distincte de la grande cavité péritonéale, et rester ainsi quelques mois, sans donner lieu à de notables accidents ; on a même vu des cas d'ouverture spontanée et de guérison de ces kystes tuberculeux péritonéaux.

La forme chronique fibreuse de la péritonite tuberculeuse a une évolution lente analogue à celle de la forme ulcéreuse ; toutefois, elle s'accompagne de phénomènes généraux beaucoup plus accentués (pâleur, maigreur, fièvre, diarrhée). Ce qui la caractérise surtout, ce sont les poussées d'ascite, qui paraissent correspondre au développement de nouveaux tubercules. L'ascite peut se résorber et disparaître avec une rapidité extraordinaire ; puis elle reparaît, et se résorbe de nouveau, et ainsi de suite.

L'ascite peut être disséminée dans toute la cavité péritonéale ou, au contraire, rester cloisonnée dans telle ou telle partie de l'abdomen ; elle peut être alors tout à fait semblable à un kyste de l'ovaire, à une tumeur abdominale, etc.

D'ailleurs, l'ascite n'est pas toujours sous la dépendance de poussées tuberculeuses nouvelles, elle peut être due à la compression de la veine cave par des brides fibreuses ou à la concomitance d'une cirrhose ou hépatite interstitielle tuberculeuse.

De même que, dans la forme ulcéreuse, on trouve ici à la palpation de l'abdomen des gâteaux péritonéaux d'inégale dureté, des sortes de cordes épiploïques tendues d'un hypochondre à l'autre, une crépitation abdominale que l'on a comparée à celle de l'amidon ; l'oreille perçoit par l'auscultation le *cri de l'intestin* de Guéneau de Mussy. La forme fibreuse peut guérir sous

(1) *F. Jouin*, in Traité de médecine clinique et thérapeutique.

l'influence du traitement ; mais aussi, elle peut continuer son évolution et après résorption de l'ascite, rétracter le ventre de plus en plus, le creuser en bateau, ratatiner la masse intestinale en un peloton gros comme le poing, accolé à la colonne vertébrale. Les autres viscères sont atrophiés, tiraillés, étranglés par les brides fibreuses ; des phénomènes d'étranglement surviennent et précipitent le dénouement fatal. Les membres inférieurs sont œdématiés, l'amaigrissement est extrême, les tubercules se caséifient, s'ulcèrent et évoluent comme nous l'avons décrit précédemment. La forme fibreuse dure souvent 3 ou 4 mois et peut se prolonger plus longtemps, si le travail cicatriciel reste stationnaire. Comme dans la forme, ulcéreuse, on voit souvent la phtisie pulmonaire terminer la scène.

Le diagnostic de la péritonite tuberculeuse, dans toutes ses formes, est toujours assez délicat.

La forme aiguë ressemble à la *fièvre typhoïde*, pendant quelques jours ; la forme chronique a des analogies avec presque toutes les tumeurs abdominales, *grossesse*, *kystes ovariques*, *kystes des ligaments larges*, *kystes hydatiques*, *ascite* due à une cirrhose hépatique, *météorisme* des enfants rachitiques, des femmes hystériques. La ponction donnera des renseignements précieux, en fournissant : 1° des indications sur la forme, l'épaisseur, l'irrégulière consistance de la poche, 2° la composition chimique du liquide évacué. Le liquide d'ascite produit par une tumeur abdominale est généralement albumineux, coloré en jaune ou en rose, contenant des hématies, des globules blancs pleins de particules graisseuses, des cellules granuleuses, etc.; le liquide de la péritonite tuberculeuse est limpide, fluide, légèrement coloré, peu albumineux, sans fibrine, ni sédiments.

Enfin le *cancer du péritoine* est parfois impossible à différencier de la tuberculose ; on n'a généralement comme moyen de diagnostic que les présomptions fournies par l'âge du malade : le cancer ne se voit que chez les sujets déjà âgés ; c'est le contraire pour la tuberculose. Le cancer du péritoine est consécutif au cancer viscéral dans la majorité des cas ; il occasionne de plus vives douleurs et à une évolution plus rapide que la tuberculose.

Quant au *cancer miliaire aigu*, il est en tous points semblable à la péritonite tuberculeuse aiguë et ne se reconnait qu'à l'autopsie.

Une des grandes difficultés du diagnostic de la péritonite tuberculeuse est l'existence d'une *hépatite interstitielle tuberculeuse* (Hanot, Lauth).

Cette lésion peut évoluer avec une ascite, mais sans péritonite concomitante, ou, au contraire, elle peut s'accompagner d'une péritonite.

Parfois, on peut remarquer une sensibilité spéciale à la région du foie, et de plus, une teinte subictérique des téguments.

M. Jouin signale un procédé facile pour se rendre compte du siège hépatique ou péritonéal de la tuberculose.

« On choisit sur l'abdomen, dit-il, une veine particulièrement dilatée, et, avec le doigt appliqué fortement, on entrave la circulation du sang dans ce vaisseau. Si le foie est atteint, l'engorgement se produit à la partie inférieure du vaisseau comprimé ; il est supérieur, lorsque la lésion est péritonéale. Dans le premier cas, en effet, c'est l'obstruction de la veine porte qui détermine la circulation supplémentaire, et le sang marche de bas en haut ; dans le second, c'est la veine cave, et le sang progresse de haut en bas. »

Traitement. Le traitement de la tuberculose péritonéale donne parfois quelques succès. La chirurgie, surtout, a obtenu dans certains cas, des guérisons merveilleuses.

Le premier traitement à essayer est le badigeonnage de l'abdomen au *collodion*, répété tous les 4 ou 5 jours ; c'est un excellent moyen de combattre les douleurs et l'ascite (Millard.)

Les onctions *thébaïques et belladonées* avec des pommades ou des liniments ont peu d'efficacité.

Les badigeonnage *iodés*, les pommades *iodurées*, les badigeonnages *d'huile gaïacolée* à parties égales, sont de bons antituberculeux et de bons analgésiques.

M. Jouin recommande, comme Luton, les onctions de pommade à *l'acétate de cuivre* :

Frictions pendant 5 minutes de l'abdomen préalablement savonné, avec la pommade suivante :

Acétate neutre de cuivre......	2 g.
Lanoline......................	20 g.
Vaseline......................	20 g.

Les vésicatoires sont au moins inutiles et les pointes de feu ne peuvent être utilisées que comme décongestionnant passager.

En même temps, on peut employer la créosote, le carbonate de créosote, le gaïacol, le carbonate de gaïacol, en pilules, injections hypodermiques, ou mieux en lavements.

La créosote est donnée à la dose de XL ou L gouttes, en lavement émulsionnée avec un jaune d'œuf et un verre d'eau bouillie tiède, ou mieux dans du lait, additionné au besoin de quelques gouttes de laudanum, pour faciliter la tolérance du rectum et du côlon. Les lymphatiques intestinaux, en rapport avec la grande séreuse abdominale, absorbent le médicament et le portent directement aux foyers bacillaires.

« En résumé, lavements créosotés, frictions abdominales quotidiennes, avec la pommade à l'acétate de cuivre, médication tonique et reconstituante, bonne hygiène (air marin, air des montagnes, viande crue, poudres de viande, peptones, huile de foie de morue, arsenic, phosphates assimilables, quinquina), tels sont les moyens médicaux à employer tout d'abord contre la péritonite tuberculeuse et pouvant faire espérer une guérison réelle » (1).

La chirurgie peut intervenir sous deux formes dans la tuberculose péritonéale : 1° par les ponctions suivies d'injections modificatrices ; 2° par la laparotomie ou incision de l'abdomen.

Truc ponctionnait et injectait de l'éther iodoformé, Maurange conseillait la vaseline liquide iodoformée. Debove pratique un lavage complet avec une solution sursaturée d'acide borique à 40 degrés. Rendu, après avoir évacué les 4/5 du liquide ascitique, injecte 8 à 10 grammes de naphtol camphré et les abandonne dans le péritoine. Ces méthodes ne réussissent vraiment bien, que dans les cas d'ascite généralisée non cloisonnée ou dans les péritonites enkystées

(1) F. Jouin, in Traité de médecine clinique et thérapeutique.

uniloculaires. La méthode la plus sûre est la *laparotomie* antiseptique qui guérit 1 cas sur 4.

D'après le Dr *Aldibert*, la laparotomie pour tuberculose péritonéale est indiquée dans les formes suivantes : Formes ascitiques chroniques, subaiguës ou aiguës. Formes fibreuses sèches, proprement dites, formes fibro-adhésives avec phénomènes douloureux, début d'occlusion ou aggravation de l'état général. Formes suppurées généralisées ou enkystées uniloculaires.

Sont au contraire interdites au chirurgien, les formes fibro-adhésives qui évoluent vers la guérison, les formes ulcéreuses sèches, les formes suppurées, enkystées, multiloculaires.

L'opération consiste en : incision médiane du foyer abdominal, lavage à l'eau boriquée ou salée bouillie et maintenue à 40° de toute la cavité péritonéale, essuyage des points tuberculeux et pulvérisations de poudre d'iodol, d'iodo-crésine, d'iodoforme, des points suppurés ; fermeture du ventre par 3 plans de sutures. C'est une opération simple, devant entrer dans la pratique du médecin au même titre que l'empyème et la pleurotomie.

II

Tuberculose mésentérique.

La tuberculose des ganglions mésentériques ou phtisie mésentérique est encore désignée sous le nom de *carreau*. C'est même la seule affection qui doit conserver cette dernière désignation.

D'après Rilliet et Barthez, cette maladie atteint surtout les enfants, mais elle est moins fréquente qu'on ne le croit généralement. Rare avant 3 ans, plus fréquente chez les garçons, la tuberculose mésentérique est exceptionnelle après douze ans.

Les ganglions mésentériques tuberculeux évoluent comme les ganglions des régions que nous avons étudiées dans un précédent article. Ils sont parsemés de foyers caséeux miliaires qui se ramollissent, et, par la teinte blanchâtre qu'ils donnent à ces ganglions, les font ressembler à des *marrons dépouillés de leur enveloppe*. Quand plusieurs masses ganglionnaires s'accolent, elles forment une tumeur bosselée qui peut atteindre le volume des deux poings. Les ganglions mésentériques peuvent suppurer, se crétacer, ou subir la dégénérescence amyloïde.

La plupart du temps, il n'y a pas de tuberculose mésentérique sans tuberculose intestinale ; les ganglions ont été infectés secondairement par lymphangite caséeuse. Mais il existe des tuberculoses primitives des ganglions mésentériques (Rilliet et Barthez). Quant à la péritonite, il est exceptionnel qu'elle coïncide avec le carreau.

Le carreau n'est pas douloureux généralement. L'abdomen reste mou, indolent, rarement ballonné, facile à déprimer par la palpation, « En examinant le ventre avec attention, c'est-à-dire, en saisissant les parois entre les deux mains placées latéralement dans chaque flanc et les rapprochant peu à peu de la ligne médiane, on remarque au niveau de l'ombilic et, immédiatement en avant de la colonne vertébrale, une tumeur dure, bosselée, peu mobile, douloureuse à la pression, formée par l'agglomération des ganglions mésentériques engorgés (1).

Les ganglions mésentériques tuberculeux déterminent quelquefois de l'ascite, de la dilatation des veines sous-cutanées abdominales, de l'œdème des membres inférieurs, par compression de la veine cave. Ils provoquent de l'amaigrissement rapide, de la pâleur, de la diarrhée, une fièvre vespérale rémittente, sous la dépendance, d'ailleurs, de l'infection bacillaire proprement dite. Toutefois, au lieu de déterminer de l'inappétence, ils excitent l'appétit et donnent à l'enfant une *voracité* extraordinaire, comme cela s'observe dans le rachitisme et le catarrhe intestinal chronique.

La terminaison de l'affection peut être la guérison par crétification des ganglions (Rilliet et Barthez). Mais souvent l'infection bacillaire se généralise aux poumons, aux méninges, aux intestins et emporte ainsi le malade ; ou bien la suppuration des ganglions amène leur ouverture dans le péritoine et la mort par péritonite aiguë généralisée.

Il est à peu près impossible de diagnostiquer sûrement le carreau avec ascite de la *péritonite chronique tuberculeuse*, à moins qu'on n'évacue le liquide par ponction et qu'on explore bien soigneusement l'abdomen comme nous l'avons indiqué. Il ne faut pas confondre le gros ventre tympanisé *des rachitiques* avec le carreau ; cela est une erreur du vulgaire, qu'il faut détruire avec insistance. Les trois quarts des enfants dits atteints de carreau par les parents, ne sont que de simples rachitiques, auxquels on trouvera facilement en y regardant de près, les nouures osseuses des poignets, du thorax, des jambes, etc.

Enfin, on observe parfois chez les enfants des *cirrhoses hépatiques*, des *sarcomes viscéraux* de l'abdomen (rate, foie, ovaires, colonne vertébrale), des *kystes hydatiques*, qui pourront être confondus avec le carreau. L'évolution fébrile, la marche assez lente de la tuberculose mésentérique, l'invasion tuberculeuse de la plèvre, des poumons, des méninges, seront les seuls signes en faveur du carreau sur lesquels on pourra essayer d'asseoir son diagnostic, à moins que le palper ne soit suffisamment net et précis pour faire percevoir les ganglions tuméfiés.

Le *traitement* de la tuberculose mésentérique est encore purement médical à l'heure actuelle: il se borne aux badigeonnages abdominaux avec la teinture d'iode gaïacolée, avec l'huile gaïacolée, aux onctions quotidiennes avec la pommade à l'acétate de cuivre de Luton (2/40), enfin aux lavements de lait créosoté X à XX gouttes pour 100 grammes de lait selon l'âge de l'enfant. De même que pour la péritonite, il faut du grand air, de l'air marin ou de l'air des montagnes, de la viande crue, des poudres de viande, des peptones, de l'huile de foie de morue, de l'arsenic, de l'iode, des eaux sulfureuses et salines.

La guérison n'est pas impossible par ces moyens médicaux, bien qu'elle soit regardée comme exceptionnelle. Peut-être, quand la chirurgie aura osé aller extirper directement les ganglions infectés, obtiendra-t-on alors des guérisons plus fréquentes.

Dr Paul Huguenin.

(1) D'Espine et Picot.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le procès Boisleux-La Jarrige.

Le terrible procès Boisleux-De La Jarrige vient de se terminer par la condamnation des deux médecins, condamnation prononcée devant un auditoire des plus houleux.

C'est le moment de rappeler sans commentaires ce que nous disions dans le *Propos du jour* du n° 50 de 1896.

« Même quand une condamnation intervient, « il est encore du devoir des médecins, de re- « chercher les éléments possibles d'un recours « en cassation ou d'un recours en grâce.

« MM. Boisleux et De La Jarrige sont tous deux « membres du *Syndicat des médecins de la Seine*, et « de plus, M. Boisleux fait partie du Syndicat « général des médecins de Paris et de la Seine. « Ils ont, dans ces Sociétés, des défenseurs tout « désignés, et ce n'est pas à nous à indiquer à « celles-ci la marche à suivre. »

Union médicale vélocipédique et athlétique de France

(*Approbation Spéciale du Ministère de l'Instruction Publique*).

Paris le 21 mars 1897,

A Monsieur le Docteur Cézilly, Directeur du *Concours Médical*,

Nous avons connaissance, aujourd'hui seulement, de la publication dans votre numéro du 6 février dernier, d'une lettre de M. le Dr J. Camescasse (de Saint-Arnoult). Cette lettre renferme à l'adresse du *Vélo Médical* et par conséquent de l'*Union médicale Vélocipédique et Athlétique de France*, dont ce journal est l'organe officiel — quelques observations auxquelles nous jugeons utile de répondre. Pour ce faire, nous ne nous réclamerons que de votre courtoisie.

Permettez-nous donc, tout d'abord, d'exposer brièvement le but et les moyens d'action de l'U. M. V. A. F.

Cette association, qui a reçu, à la date du 9 novembre 1896, l'Approbation spéciale du Ministère de l'Instruction publique, a été fondée pour stimuler et pour centraliser les recherches, observations, expérimentations physiologiques et médicales relatives aux exercices physiques en général, dits sports athlétiques, et à l'exercice par le cycle en particulier, le quel est devenu, aujourd'hui, le plus important et le plus complet de tous. L'U. M. V. A. F. ayant l'ambition d'être féconde en précieux résultats pour l'éducation physique et morale, pour l'hygiène et la médecine, travaille à amasser la plus grande somme de documents utiles à ces divers points de vue.

Son but est de servir de lien entre toutes les compétences et les bonnes volontés, dans l'ordre médical, scientifique et pédagogique, en organisant une étude suivie et une direction constante des exercices corporels, suivant les règles de la méthode expérimentale. L'Union groupe donc pour une action commune, d'une part : les représentants de la médecine humaine dans toutes ses branches et spécialités, physiologistes, médecins, chirurgiens, hygiénistes, naturalistes, ingénieurs et industriels adonnés à la construction des instruments et appareils se rattachant aux sciences médicales ; d'autre part : les maîtres de la jeunesse, dans les facultés, lycées et collèges, et les instituteurs.

L'Union fait particulièrement appel à ceux qui croient que la vélocipédie n'est pas seulement un bienfait social, mais aussi un bienfait hygiénique et thérapeutique, ainsi que, il y a plus de dix ans, pour la première fois, envers et contre la majorité des opinions médicales, l'a excellement démontré, dans sa pratique et dans ses publications, le docteur Oscar Jennings ; qu'à cet égard, l'exercice et la cinésie par le cycle ayant, depuis cette époque, et en dépit des oppositions ignorantes ou arriérées, largement fait ses incontestables preuves, l'usage du cycle doit être recommandé et encouragé, mais que sa pratique normale, chez l'enfant et chez l'adolescent, chez l'homme et chez la femme, a besoin d'être scientifiquement ordonnée, réglée ou prohibée suivant les âges, les constitutions et les diathèses. En outre, le physiologiste ne saurait désormais se borner à analyser les phénomènes résultant de l'accommodation singulièrement parfaite de la bicyclette à l'appareil locomoteur de l'homme et de la multiplication des aptitudes et des forces ambulatoires qui en dérivent, phénomènes qui créent réellement, suivant le mot de M. Baudry de Saunier, « un type humain nouveau » ; le physiologiste doit en suivre les conséquences logiques et le retentissement nécessaire dans tous les autres appareils de l'économie. Il importe donc actuellement, en face de l'extension toujours grandissante du sport vélocipédique, d'envisager son action profonde sur les individus des deux sexes, comme devant fatalement, dans un avenir peu éloigné, déterminer, par un processus atavique, de notables empreintes et modifications fonctionnelles dans les modalités physiques et psychiques des générations prochaines.

Les moyens d'action de l'U M. V. A. F. sont :

1° Une revue mensuelle, le *Vélo Médical* (*Médical Cycle et Médical Sport, Archives de Cyclothérapie*), organe de l'Union, défendant et vulgarisant les principes de la biologie expérimentale, combattant les erreurs et les préjugés dangereux, centralisant les observations et les acquisitions nouvelles dans le domaine appliqué de l'anatomie, de la physiologie, de l'hygiène, de la thérapeutique et de l'esthétique humaines, ainsi que dans celui de la technique et du perfectionnement des machines et répandant, sur tous ces points, les avis et les conseils autorisés de ses collaborateurs, lesquels représentent les compétences et les bonnes volontés les plus sérieuses et les plus libres, collaborant à l'étude et à la propagande des importantes questions médico-scientifiques se rattachant au cyclisme et à l'exercice des autres sports. Cette Revue présente donc les garanties les plus évidentes d'indépendance, d'impartialité et de désintéressement absolus, mis au service des intérêts supérieurs de l'Education et de la Santé publiques ;

2° L'installation dans chaque ville, arrondissement, canton et commune de France, de même que dans les principaux centres de tourisme à l'étranger, d'un médecin et d'un pharmacien s'intéressant à notre programme d'études et de propagande, très au courant du cyclisme et de ses divers accidents, prêts à fournir aide et protection aux membres adhérents, empressés à les accueillir, à les guider, à les soigner avec une parfaite compétence et un zélé dévouement, dans des conditions exceptionnelles pour le prix des honoraires et des médicaments. Ces deux représentants éclairés de l'U. M. V. A. F. offrent, en outre, le précieux avantage de pouvoir être requis à toute heure, le pharmacien surtout, dont l'officine, constamment ouverte, est facile à trouver dans toutes les localités.

(L'U. M. V. A. F. n'a donc aucun rapport ni analogie avec une société de secours mutuels. Dans son groupement de représentants par circonscriptions, elle constitue simplement une sorte de « Touring-club » entre médecins et pharmaciens s'intéressant, comme nos adhérents, à un programme déterminé d'études et de propagande. Nous prions nos délégués d'accueillir et de traiter le plus *confraternellement* possible les adhérents, et nous n'avons jamais songé à fixer, ni même à proposer des *tarifs* de réduction pharmaceutique ou des *rabais* de consultations médicales. Les conseillers représentants de l'Union, sont *entièrement libres* de la dispense de leurs faveurs ou gracieuseté.)

3° Le fonctionnement d'un service d'assurances,

spéciales aux vélocipédistes, contre les accidents individuels et contre ceux causés à des tiers — combinaisons de prévoyance dont la grande utilité n'est pas encore assez reconnue en France — et grâce auxquelles les adhérents à l'U. M. V. A. F. peuvent, dans les cas de maladies, ou a la suite d'accidents, être mis en possession d'un capital important ou d'indemnités quotidiennes, lorsqu'il y a incapacité définitive ou temporaire dans leurs travaux habituels. Ce service est établi avec l'appui et le concours de la principale Compagnie d'Assurances contre les accidents, l'Urbaine et la Seine, et fait bénéficier les membres de l'U. M. V. A. F. de grands avantages sur les contrats ;

4° L'affiliation des Associations vélocipédiques et athlétiques pratiquement instituées, à la disposition desquelles l'U. M. V. A. F. apporte son appui, ses conseils spéciaux et ses moyens d'action ;

5° L'institution d'une Ecole de Massage et d'Hydrothérapie ayant, comme professeurs, des médecins qualifiés par leur compétence et leur travaux spéciaux, inculquant aux élèves les indispensables notions anatomiques, physiologiques, médicales et, parallèlement, la technique des méthodes cinésiques et athlétiques antiques et modernes — éléments dont sont, en général, totalement dépourvus en France, les pratiquants actuels. « Si, comme le dit avec raison C. Vieillard, l'hydrothérapie est la Fontaine de Jouvence du cycliste et le massage est aux muscles ce que la goutte d'huile est aux roulements de la machine », c'est à la rigoureuse condition — ainsi que le prouve la médecine, — que ces puissantes méthodes d'hygiène, de platisque, de réfection, d'orthopédie et de curation, dans les cas de lésions ou d'accidents, soient exercées suivant les lois de la science et les règles de l'art, sous peine d'agir absolument contre leur but, d'occasionner de sérieux préjudices à la santé, de graves désordres dans l'économie chez les cyclistes des deux sexes, chez les gymnastes, escrimeurs, coureurs, amateurs ou professionnels de tous les sports athlétiques. Après la clôture annuelle des cours de l'Ecole, des diplômes sont décernés, à la suite d'examens et d'épreuves pratiques, aux élèves dont le savoir et l'habileté ont été dûment reconnus par le jury médical. Le Ministre de l'Instruction Publique a plein pouvoir de faire visiter, par ses délégués, les écoles fondées par l'U. M. V. A. F. et de se faire rendre compte de leur fonctionnement.

6° L'organisation d'une Epreuve d'endurance physiologique consistant à couvrir 30 kilomètres en 2 heures, allure moyenne normale de l'exercice et du tourisme, expérimentalement fixée. Les divers contrôles de cette épreuve sont effectués par les médecins de l'U. V. A. F. examinant, à des étapes déterminées, les modifications des systèmes circulatoire, pulmonaire, nerveux et musculaire, d'après les indications précises fournies par les tracés graphiques obtenus au moyen des instruments enregistreurs du professeur Marey, cardiographe, sphygmométrographe, spiromètre, etc...,et d'après l'évaluation de la teneur du sang en acide carbonique, ce dernier examen étant d'une importance capitale et décisive. Le temps nécessaire aux explorations physiologiques est compté par les chronométreurs. Un brevet d'endurance normale est délivré aux Unionistes reconnus être dans les conditions d'aptitude sportive et de sécurite hygiénique médicalement requises. Le brevet est rigoureusement refusé dans les conditions contraires. L'épreuve de l'U. M. V. A. F. est le critérium nécessaire de la capacité et de la résistance moyennes des débutants, des femmes, et des personnes de l'âge mûr. En fournissant les éléments exacts de l'appréciation des performances individuelles, elle constitue la préparation logique des épreuves de vitesse organisées par l'Union Vélocipédique et par l'Union Cycliste de France ;

7° Un Guide-Annuaire portatif, particulièrement documenté au point de vue médico-cycliste et athlétique, indiquant, dans toutes les villes et localités de France et de l'étranger, le nom et l'adresse des médecins et des pharmaciens, représentants et collaborateurs de l'Union. A ces titres, ces derniers forment le grand Conseil de l'U. M. V. A. F. lequel, par son imposante agrégation sur tous les points de la France et du monde entier, constitue, en quelque sorte, une véritable « armée sanitaire » du cycle et de l'athlétisme. Tous les membres du Conseil de l'Union sont appelés à élire chaque année, au mois d'octobre, un Comité supérieur de Direction technique.

8° Le patronage et la propagande des Observations, Mémoires, Traités médicaux et scientifiques publiés au point de vue de la vélocipédie et des autres exercices physiques et destinés à être présentés et discutés par les Académies et Sociétés savantes ;

9° La création de prix et récompenses susceptibles de stimuler les recherches et travaux à entreprendre pour élucider les questions sujettes à des controverses médicales. ou celles relatives à la solution de desiderata d'ordre mécanique.

Le Président de notre Association est le Dr Oscar Jennings, le véritable fondateur et propagateur de la cyclothérapie, qui a apporté à l'Union une expérience et des conseils, fruit de dix années de conseils et de luttes. Notre Comité de Patronage réunit les plus hautes et les plus indiscutables autorités médicales, scientifiques, pédagogiques et sportives : MM. les Drs Barbulée, Bérillon, Bilhaut, Guillery de Meeus, Gustave de Hirsch, Lutaud, Paulin-Méry, Navarre, Ramonat; MM. Baud, Pierre de Coubertin, Georges Demeny, Léon Hamelle, Paschal Grousset, Henri de Parville, E. Rabier, Constantin Maréchal, de Saint-Clair.

Grâce à ces précieuses collaborations, grâce au concours compétent et dévoué des membres du Conseil de l'Union, à Paris, auxquels viennent, chaque jour se joindre ceux de la province et des principaux centres de l'étranger, l'U. M. V. A. F. est assurée de pouvoir accomplir toute sa tâche pour l'amélioration de la Race humaine, pour la supériorité de la Race française.

Il nous suffira de ce sommaire exposé de la constitution et du but de notre Association pour que les lecteurs du *Concours médical* soient désormais fixés sur l'*Union Médicale Vélocipédique et Athlétique de France*, sur son organe le *Vélo-Médical*. Ils jugeront dès lors, combien il serait surperflu de nous attarder davantage aux critiques superficielles esquissées par M. le Dr J. Camescasse.

Il nous paraît toutefois nécessaire de réfuter la principale objection de notre correspondant.

M. Camescasse invoquant l'opinion *possible* de M. Bertillon, nie la fréquence des accidents de bicyclette. Or, M. Bertillon n'a certainement pu confier à M. Camescasse aucun renseignement sur la question. On travaille précisément en ce moment, à réunir les documents indispensables pour l'établissement d'une statistique concluante. Tout ce que nous pouvons savoir, actuellement, c'est que les compagnies d'assurances ayant eu, depuis plusieurs années, à payer trop fréquemment des indemnités énormes, et hors de proportion avec la capitalisation des primes versées, pour cette catégories d'accidents, ont renoncé, pour la plupart, à une assurance ruineuse et n'en acceptent désormais les risques, qu'en obligeant l'assuré à souscrire une police générale d'assurance individuelle. La Compagnie l'*Urbaine et la Seine* maintient encore aujourd'hui « l'assurance bicyclette » comme risque isolé, puisqu'elle possède les bases financières suffisantes pour balancer les pertes subies, de ce côté, par les gains réalisés avec les polices contractées pour les autres risques d'accidents (chevaux, voitures, etc....) Cependant nous savons de bonne source que cette assurance n'est que provisoirement en vigueur dans la compagnie, et qu'on s'y réserve la faculté de pouvoir la supprimer d'un jour à l'autre.

« M. Camescasse est donc mal fondé à préten-

« dre qu'à Paris même, les chevaux causent cinq « accidents pour cent chevaux existants, tandis « que cent bicyclettes ne causent qu'un accident « dans le même laps de temps... car c'est, dit-il, un « pourcentage que je puis faire dans le pays que « j'habite... »

M. Camescasse nous propose, d'autre part, le système suivant d'assurances :

« Constituez, entre vos adhérents, une mutuelle « accidents et inscrivez dans vos statuts que les « assurés paieront les mêmes primes qu'à la com- « pagnie X..., et qu'ils auront les mêmes garanties, « mais que la partie des fonds collectés qui ne se- « ra pas employée à couvrir les dites garanties « sera employée à payer les soins des médecins « C'est simple, clair.. et ce serait utile à vos clients. « Mais ce serait certainement utile à vos méde- « cins. »

Un concept aussi « simple et clair » de la façon dont peut être constituée une compagnie d'assurances quelconque, des bases élémentaires de l'établissement des fonds de garantie, du calcul des intérêts à servir aux capitaux engagés, des ressources nécessaires pour le paiement des frais généraux, de la capitalisation, des primes et de leurs réserves mathématiques, pour le règlement immédiat des sinistres à prévoir, etc., etc., ce concept nouveau serait assez mal jugé par l'Institut des Actuaires français.

En effet, il ne suffit pas d'aller à11 heures du matin, dire à quelqu'un : Donnez-nous 20 francs, le même louis que vous demanderait l'*Urbaine* et *la Seine* et si, à midi, vous vous estropiez plus ou moins complètement, nous vous verserons sur vos « fonds collectés » des sommes variant de 3 à 10 mille francs ou une indemnité de 5 francs par jour. Le reste de vos fonds sera employé, pour une part, à vous offrir les mêmes garanties que celles qui vous sont offertes par l'*Urbaine* et pour le surplus, à payer les soins des médecins, car tel est le système « inscrit dans nos statuts ».

Non, assurément, ces combinaisons exigent plus d'études, de calculs, de patience, de peines..., et de capitaux.

Et vous devez, aussi bien que nous, en avoir fait la dure expérience, M. le docteur Cézilly, vous qui avez eu le courageux dévouement d'entreprendre la création de plusieurs œuvres de prévoyance médicale ?

Quand à nous, grâce au dévoué concours du Directeur de la compagnie d'assurances, M. Baud, membre de notre Comité de patronage, nous avons voulu procurer à nos adhérents une Assurance indispensable, dans des conditions de bon marché et de facilité absolument extraordinaires. Nous avons travaillé, de part et d'autre, d'une façon absolument désintéressée, ayant pour unique but de faire œuvre utile. Nous affirmons — et nous défions qui que ce soit de nous démentir — que, dans cette affaire, ni l'*Union Médicale*, ni l'*Urbaine et la Seine*, ne retirent, soit à leur profit, soit à celui de leurs agents intermédiaires ou courtiers, *un centime* de bénéfice.

Bien plus, la Compagnie ne fait que courir le risque de grosses pertes pendant la durée de la Police ?

Nous prendrons donc très philosophiquement notre parti des critiques de M. Camescasse, spécimen de l'éternel *misoneisme* réservé, par certains esprits, à la plupart des initiatives et des créations utiles.

Veuillez agréer, etc.

Le Secrétaire de la Rédaction
du *Vélo-Médical*,
René Chandévys, 26, rue Joubert.

Moulins, le 20 mars 1897.

Cher directeur,

Je me fais un devoir de vous adresser l'intéressant compte-rendu d'un procès local, où se trouvait mise en cause la responsabilité médicale, et qui s'est, Dieu merci, terminé d'heureuse façon :

Instance en dommages-intérêts introduite devant le Tribunal civil par Mme veuve Blanchard, de Lurcy-Lévy, contre M. le docteur Montalescot.

La demanderesse reprochait au médecin une erreur de diagnostic, dont le résultat avait, d'après elle, entraîné la mort du fils de son premier lit, le jeune Deschamps, âgé de 20 ans, et réclamait une somme de 30,000 fr. de dommages-intérêts. On se rappelle également que, par une demande reconventionnelle, M. Montalescot réclamait la condamnation de la veuve Deschamps, à titre de réparation pour l'atteinte grave par elle portée à sa réputation professionnelle, à un franc de dommages-intérêts et à l'insertion du jugement à intervenir dans les journaux de Moulins.

M. le docteur Montalescot a gagné son procès sur tous les points.

En effet, dans son jugement, le Tribunal, écartant la demande d'expertise présentée par l'avocat de la veuve Blanchard, constate que l'erreur de diagnostic, commise par le médecin, n'engage en aucune façon sa responsabilité civile, d'autant moins qu'il y a une certaine analogie entre les symptômes de la fièvre typhoïde, diagnostiquée au début de la maladie du jeune Deschamps, et ceux de l'érysipèle, dont ce dernier fut ultérieurement reconnu atteint.

La veuve Blanchard est donc déboutée de sa demande en dommages.

Statuant sur la demande reconventionnelle présentée par le défendeur, le Tribunal, considérant que la veuve Blanchard a agi avec la plus grande légèreté en introduisant, contre le docteur Montalescot, une instance de nature à porter une grave atteinte à la réputation professionnelle de ce dernier, la condamne, à titre de réparation, en un franc de dommages-intérêts, à l'insertion du jugement dans les journaux *la Démocratie, l'Indépendant*, le *Messager Mémorial* et *le Courrier*, et en tous les dépens.

Veuillez agréer, etc...

Dr de B.

C..., 18 mars 1897.

Cher et très honoré confrère.

Je viens aujourd'hui recourir à votre expérience pour un renseignement. Auriez-vous l'amabilité de me donner un conseil dans cette circonstance ? Voici en deux mots l'affaire.

Pour recouvrer mes honoraires, j'ai fait imprimer des feuilles suivant un modèle publié par le « *Concours* »

Depuis 4 ans, elles ont circulé sans anicroche, Aujourd'hui, je reçois un avis m'annonçant que procès-verbal m'a été dressé pour mention défendue, ajoutée à la note.

Le 10 mars, j'adressais à un client récalcitrant une note d'honoraires ainsi conçue :

2e *note d'honoraires*

C..., le10 mars.

M. F..., employé à Ste-M... doit à titre d'honoraires pour soins médicaux pendant l'année 1896 la somme de... francs *payable le* 25 *mars*.

Dr X...

Un employé de la poste jugea à propos de faire un procès-verbal pour addition des mots

payable le 25 mars. A la direction départementale, ce prétexte est jugé mauvais, mal choisi, éliminé enfin. Alors ou incrimine la mention apposée en tête : 2e *note d'honoraires.*

Je ne suis pas en état de discuter juridiquement le bien fondé de la contravention relevée. Mais je suis obligé de constater ceci : simple particulier, on me demande de connaître les règlements (que je pensais observer en toute sincérité, ayant évité toute formule directe, toute salutation, toute locution rappelant une lettre), alors que le directeur du bureau de poste, ayant à guider 4 ou 5 employées, ignore complètement ses devoirs et les droits du public, puisqu'il dresse un procès verbal pour un grief qui ne peut être maintenu.

Ensuite, pour masquer cette fausse manœuvre, pour ne pas démentir cet excès de zéle, on cherche un autre motif, ou incrimine la mention : 2e *note d'honoraires* qu'on inscrit à l'encre rouge sur le procès verbal, en rayant *payable le 25 mars.*

Ainsi un procès verbal a été dressé à tort, injustement, pour une faute non existante. Qui me prouve que la contravention découverte par la direction départementale est plus réelle que la première relevée ici. Un employé veut poursuivre des choses permises par ses supérieurs et ses supérieurs découvrent des crimes qu'il ignorait, aussi bien que le coupable. D'ailleurs un peu de politesse, de délicatesse, n'eût-elle pas permis d'éviter tout cela en prévenant simplement l'intéressé que, pour l'avenir, les notes incriminées ne pourraient circuler avec timbre de 0.05 c.

Sachez bien que je ne connais point cet employé, donc rien de personnel. Chose aussi bizarre que les précédentes : me présentant à la poste pour prendre connaissance du procès verbal, on m'affirme qu'il a été dressé dans une localité voisine — ce qui est faux — il a été dressé ici,— on se fait tirer l'oreille, on refuse presque de me faire voir les pièces — enfin, sur mon insistance, on y consent.

J'oubliais la note à payer : on me réclame la somme de 3 fr. 70 par faveur spéciale et par mesure d'exception « l'administration consentant à ne pas déférer l'affaire aux tribunaux et consentant à y mettre fin, par voie de transaction ». Dois-je payer les 3 fr. 70 ? La mention incriminée (2e *note d'honoraires*) entraîne-t-elle à votre avis un procès-verbal ?

Veuillez agréer,

Dr L.

Moralité : N'ajouter aucune mention telle que : 2e note ; payable le..., etc.... à notre formule de note d'honoraires, si l'on veut éviter des procès-verbaux, plus ou moins justifiés, et, en tout cas, difficilement annulables. L'Administration a tant de cordes à son arc ! Payez et inclinez-vous ; un procès que vous perdriez, vous mènerait trop loin.

REPORTAGE MÉDICAL

Le contrôle hygiénique et fiscal de l'alcool. — On a distribué, à la Chambre, le projet déposé par le ministre des finances pour instituer un contrôle hygiénique et fiscal de l'alcool.

Le but de ce projet est d'exercer une surveillance rigoureuse sur l'alcool industriel, non seulement à sa source, mais à toutes les étapes qu'il doit parcourir avant d'arriver à la consommation ; on assure ainsi, à la santé publique, les garanties qu'elle est en droit d'attendre d'une législation qui demande aux boissons spiritueuses une part d'impôt considérable, en même temps qu'on fortifie l'action des services fiscaux, mesure indispensable au moment où le taux de l'impôt va être surélevé.

En résumé, les garanties nouvelles que le ministre, propose d'établir tendent à réprimer la fraude et à protéger la santé publique ; « leur établissement, dit l'exposé des motifs, n'exige pas nécessairement la monopolisation de l'alcool, question qui soulève des problèmes d'ordre politique. »

Ce projet entraîne des dépenses résultant principalement de l'institution des entrepôts réels d'alcools et de la création de dix laboratoires pour le contrôle hygiénique. Ces dépenses sont évaluées à 350,000 francs par an, qui seront en partie couvertes par l'établissement d'une taxe d'analyse de 20 centimes par hectolitre d'alcool soumis à la vérification.

— *La Convention sanitaire.* — Le 19 mars a été signée à Venise la convention sanitaire internationale.

Ont signé sans réserves, les représentants d'Autriche-Hongrie, de Belgique, de France, d'Angleterre, d'Italie, du Luxembourg, du Monténégro, de Hollande, de Roumanie.

Ont signé *ad referendum,* les représentants de l'Espagne, de la Grèce, de la Perse, du Portugal, de Serbie et de Turquie.

Les représentants de l'Allemagne ont signé avec des réserves sur quelques mesures à prendre en Europe.

Les représentants de la Suisse ont signé pour les mesures à prendre en Europe.

Les représentants du Danemarck, de Suède, Norvège, des Etats-Unis, ont accepté la convention *ad referendum,* déclarant au procès-verbal que leurs gouvernements appliqueraient autant que possible les mesures établies avant le terme fixé.

— *Journalistique.* — Nous souhaitons la bienvenue à deux nouveaux journaux :

La Radiographie, rédacteur en chef, Dr Paulin-Méry.

Les Archives médicales d'Angers, rédacteur en chef, Dr Legludic, directeur de l'école de médecine d'Angers.

— Vient de paraître à la librairie du *Nouveau Montpellier médical,* chez Ch. Bœhm, le 2e fascicule de la 3e série des leçons de clinique médicale de l'infatigable et éminent professeur Grasset.

(La médication antiphlogistique et contrefluxionnaire.— La médication antiinfectieuse commune.— La sclérose multiple disséminée.)

— M. le professeur F. Terrier vient de publier à la librairie du *Progrès médical* et chez Félix Alcan, une étude extrêmement remarquable sur la chirurgie du poumon et de la plèvre. — Paris, 1897. —

— *Mort du doyen des médecins français.* — M. le Dr de Bossy, le plus âgé de nos confrères français, vient de mourir au Havre à l'âge de cent quatre ans. Il ambitionnait d'atteindre le chiffre de 108 ans auquel son père était parvenu. S'il n'a pu réaliser ce rêve, il a eu du moins la bonne fortune de voir célébrer son centenaire par une manifestation à laquelle s'associa toute la population havraise.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Gauthier, de Marcigny (Saône-et-Loire), membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : A. GEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues

Dix-Neuvième année — N° 15 — 10 Avril 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le privilège des frais de dernière maladie.

Nous disions dernièrement (Propos du jour n° 6) que la confraternité médicale s'accommodait difficilement de ces petits monopoles, attribués sans droits, sans titres, par la faveur, à tel ou tel d'entre nous, au détriment de ses voisins.

Et l'ardeur de la conviction nous entraînait à pousser ce cri : « Entre médecins, *plus de privilèges.* »

L'écho de ces derniers mots est-il parvenu jusque dans les bureaux ministériels ? Ce serait flatteur.

Mais, nous n'en serions pas moins désolés du résultat de cette exception, car M. le garde des sceaux ne s'est pas demandé ce que nous entendions par privilèges à supprimer, et, ne connaissant que le Code, où il est parlé de cette chose-là, une seule fois, en notre faveur, il nous a offert, en manière de poisson d'avril..... *la suppression du privilège des frais de dernière maladie sur les immeubles de nos clients.*

Vous ne vous attendiez guère à ce présent, chers confrères : nous, non plus. Il était si bon de voir nos droits mis à côté de ceux du fisc et des fabriques ! On se sentait là dans une petite forteresse inexpugnable, un peu moins à l'abri, c'est vrai, que les deux autres assiégés, mais, en tout cas, protégé par le mur d'enceinte, contre l'assaut féroce des créanciers hypothécaires. Une fois, par hasard, le sacerdoce avait du bon, et imposait le respect au trafic : pour une fois, celui qui agissait par devoir, était garanti contre les appétits des spéculateurs. C'était beau, juste ; cela faisait honneur au Code : aussi cela ne pouvait pas durer, c'était trop vieux jeu pour notre époque.

Jugez vous-mêmes de la gravité du coup, dont vous êtes menacés.

Le code civil disait :

« Art. 2101. — Les créances privilégiées sur la « généralité des meubles, sont celles ci-après « exprimées, et s'exercent dans l'ordre suivant : « 1° les frais de justice ; 2° les frais funéraires ; « 3° *les frais quelconques de la dernière maladie,* « *quelle qu'en ait été la terminaison, concurrem-* « *ment entre ceux à qui ils sont dus* ; 4° etc. »

« Art. 2104. — *Les privilèges qui s'étendent sur* « *les meubles et les immeubles sont ceux énoncés en* « *l'article* 2101. »

« Art. 2105. — Lorsqu'à défaut de mobilier, « les privilégiés, énoncés en l'article précédent, « se présentent pour être payés sur le prix d'un « immeuble, en concurrence avec les créanciers « privilégiés sur l'immeuble, les paiements se « font dans l'ordre qui suit : 1° *les frais de justice* « *et autres énoncés en l'art.* 2101 ; 2° les créances « désignées en l'art. 2103 (prix de vente, etc.) »

Or, M. le garde des sceaux, s'étant aperçu (on ne sait comment, car il n'en dit rien) que ces privilèges généraux avaient de *graves inconvénients*, qu'il n'indique pas davantage, a soumis au Sénat un projet de loi sur la réforme hypothécaire, où se trouve un article ainsi conçu :

« *Les privilèges généraux sur les immeubles sont* « *supprimés.*

« *Les articles* 2104 *et* 2105 *du Code civil sont abro-* « *gés.* »

C'est clair et concis, comme du Michelin des grands jours.

Nous resterions ainsi en bonne posture vis-à-vis du client qui a un sérieux mobilier, un outillage bien à lui, etc.. Mince faveur qu'on nous laisse, car celui-là trouverait sans doute le moyen de nous payer, sans coercition.

En revanche, si la maladie a conduit ce malheureux à vider peu à peu la maison et les dépendances, si plus tard il a hypothéqué ses champs et sa demeure, que nous restera-t-il, à nous qui l'aurons, avec dévouement, soigné et consolé, après la part du lion faite aux créanciers spéculateurs et aux gens d'affaires ?

Allons, Monsieur le Ministre, c'est de la spoliation pure et simple, ce que vous proposez là

sans fournir une bonne raison, et avec un air d'inconscience, qui nous inquiète chez un législateur !

Est-il d'ailleurs probable que les notaires, les avoués, les fabriques, les pharmaciens, se laissent tondre ainsi avec nous sans protester ?

C'est peu dans leurs habitudes, et je crois que nos confrères du Sénat trouveront facilement des alliances, pour noyer sous un déluge de bulletins hostiles, votre injuste proposition.

A moins que vous ne retiriez bien vite ce malencontreux article, dont personne n'aperçoit les avantages.

Ce serait sage et prudent.

Dr H. JEANNE.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement des ulcères de jambes.

MM. les Drs *V. Dehaine* et *R. Aubouin* ont préconisé, chacun, un traitement facile et peu dispendieux des ulcères de jambes que nous signale la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*. M. Dehaine emploie la cautérisation par la teinture d'aloès, et M. Aubouin, le pansement de Unna.

Les avantages de l'aloès sont de convenir aux ulcères rebelles, anfractueux, profonds, suppurant beaucoup ; d'activer le bourgeonnement et de favoriser l'épidermisation. Par suite de leur action rapidement desséchante, les pansements n'ont pas besoin d'être fréquemment renouvelés. Le seul inconvénient est la douleur vive, bien que passagère, causée par l'application de la teinture, dont l'emploi est contre-indiqué dans les ulcères très étendus, circulaires, justiciables seulement du traitement chirurgical.

Le pansement se fait de la manière suivante :

1° Lavage très exact de la surface ulcérée avec une solution antiseptique.

2° Asséchement de la plaie à l'ouate hydrophile.

3° Badigeonnage à la teinture d'aloès en tenant compte des recommandations suivantes: si l'ulcère est superficiel, il suffit de passer une seule fois le pinceau sur la perte de substance ; s'il est, au contraire, d'une certaine profondeur, il est bon, une fois la première couche sèche, d'en appliquer une seconde. Dès que l'application est faite, il faut laisser sécher très complètement la teinture, afin que le pansement consécutif n'adhère pas à la croûte et ne la détache en exerçant sur elle des tiraillements. Il faut attendre une demi-heure environ.

4° Application, sur la surface badigeonnée, d'un morceau de toile imperméable, destiné à assurer le contact avec la préparation alcoolique et à empêcher l'adhérence du pansement avec la croûte formée par la teinture.

5° Enveloppement total du membre dans de la gaze aseptique et de l'ouate.

Mais, très fréquemment en dehors de la plaie proprement dite, la peau des membres variqueux est malade : elle s'excorie facilement du fait des liquides sécrétés par l'ulcère ; elle est eczémateuse, présente des troubles de nutrition divers. C'est dans ces conditions, qu'en dehors des topiques, tels que l'aloès, le pansement de Unna trouve ses indications. Ainsi, en effet, la peau est traitée concurremment avec l'ulcère, et la cicatrisation obtenue ; on voit plus rarement se produire dans les parties avoisinantes les récidives, habituelles avec les autres traitements.

Voici comment on procède :

Après lavage prolongé au savon et à l'eau chaude, brossage de l'ulcère avec un linge rude aseptique ; et désinfection avec un liquide antiseptique, on applique sur toute la région envahie par l'eczéma variqueux une couche épaisse de pâte de Lassar.

Amidon pulvérisé......... }	ââ 20 gr.
Oxyde blanc de zinc...... }	
Vaseline.................	40 gr.

On saupoudre l'ulcère avec de l'iodoforme, de l'aristol ou du dermatol, puis on recouvre cet ulcère d'une certaine couche de ouate.

On badigeonne toute la jambe avec la colle de Unna : cette colle, fondue au bain-marie, est appliquée au pinceau, et il faut recouvrir également les parties enduites de pâte de Lassar.

Eau..................... }	ââ 80 gr.
Glycérine............... }	
Gélatine................ }	ââ 20 gr.
Oxyde de zinc........... }	

La jambe étant ainsi enduite, on applique par-dessus, une bande de tarlatane amidonnée trempée dans l'eau chaude. Cette bande doit être composée comme il suit : deux globes de volume égal sont tenus dans chaque main ; alors on applique à la partie postérieure de la jambe, le milieu de la bande, sur un point diamétralement opposé au siège de l'ulcère. Les deux globes ramenés alors en avant, sont croisés au devant de l'ulcère, puis ramenés en arrière pour s'entrecroiser encore à la face postérieure de la jambe. On épuise ainsi la bande en recouvrant la jambe des orteils au genou. Il faut serrer un peu, de manière à faire une compression modérée. Au reste, en séchant, cette bande se resserre d'elle-même.

Par-dessus, on mettra une bande de tarlatane sèche ou mieux une bande de toile, pour empêcher que le premier pansement ne se salisse. Le malade est alors renvoyé à ses occupations. Au bout de deux, 4, 6 jours, la sécrétion a traversé le pansement. On le change alors et un bain de pied chaud suffit à ramollir la colle. On applique alors un appareil semblable.

Sous l'influence de cette médication, la sécrétion se tarit ; on ne remplace plus les bandes que tous les 15 jours, l'apparition du pus à l'extérieur constituant la seule indication de renouveler le pansement.

En résumé, lorsque le traitement chirurgical ne pourra être employé, on s'adressera de préférence à la teinture d'aloès comme topique, surtout dans les cas d'ulcères profonds, anfractueux et de grandeur moyenne. En même temps, si la peau est eczémateuse, on se trouvera bien du pansement de Unna, qui, au surplus, constitue un adjuvant précieux à l'emploi des topiques quels qu'ils soient et offre l'avantage de prévenir les récidives.

Nouveau procédé d'entéro-anastomose.

M. le Dr *Souligoux* a imaginé un procédé d'entéro-anastomose, que M. Picqué a exposé à la Société de chirurgie, et qu'analyse le *Bulletin de Thérapeutique*. Ce procédé consiste essentiellement dans l'abouchement de deux cavités de l'intestin sans les ouvrir. A cet effet, M. Souligoux aplatit une anse intestinale avec une forte pince, suivant son bord libre et dans sa direction longitudinale, et procède de la même façon avec une seconde anse, ou l'estomac, ou la vésicule biliaire. Puis, par un surjet, on réunit les bords postérieurs des deux portions comprimées, en touchant au préalable avec un peu de potasse caustique, et on serre les fils, entourant ainsi les portions sphacélées. Celles-ci s'élimineront, tomberont dans l'intestin et l'entéro-anastomose sera faite. La communication se fait chez les animaux au bout de quarante-huit heures.

M. Souligoux a fait, par son procédé, trois entéro-anastomoses pour trois cancers, chez des malades du service de M. Picqué. Deux opérés ont guéri ; le troisième a succombé avec des phénomènes d'obstruction intestinale, sans accidents viscéraux du côté de l'abouchement.

M. Reclus rapporte l'observation d'une femme atteinte d'un cancer du pylore, ne se nourrissant plus que par des lavements alimentaires et à laquelle M. Souligoux a fait, par son procédé, une gastro-entéro-anastomose. Les suites opératoires furent bonnes et au bout de quarante-huit heures la malade eut une selle. Mais, six jours après, la température s'éleva et la malade mourut rapidement avec des phénomènes de parotidite suppurée.

On trouva, à l'autopsie, une plaie intestinale parfaite ; les sutures intestinales avaient bien tenu. La communication entre l'estomac et l'intestin était libre, mais le lambeau sphacélé tenait encore par un pédicule de quelques millimètres d'épaisseur.

On ne peut rendre la méthode responsable de la mort de la malade, qui était extrêmement cachectique et ne se nourrissait plus. Dans l'opération de M. Soulignoux, M. Reclus apprécie surtout la rapidité très grande.

L'idiosyncrasie médicamenteuse.

Tous les praticiens ont rencontré, depuis qu'ils exercent leur art, des malades plus ou moins névropathes, qui leur ont objecté certaines répulsions invincibles contre l'usage de tel ou tel médicament, et leur ont déclaré qu'ils ne pouvaient prendre telle ou telle substance sans accidents graves. Certes, beaucoup d'entre eux n'étaient en réalité que des hystériques, faussement suggestionnés ou des gens insuffisamment instruits, qui s'imaginaient connaître d'avance les propriétés de tel ou tel médicament. Mais à côté des nerveux indociles et sceptiques par imagination, il y a réellement des névropathes sur lesquels, tel ou tel médicament a, soit une action centuplée, soit une action inverse de l'action ordinaire; tout clinicien observateur en peut citer des exemples.

C'est là ce qu'on appelle l'idiosyncrasie médicamenteuse.

M. *Dalché* vient de rapporter un cas de susceptibilité de ce genre pour la caféine.

Une malade reçut, en vingt-quatre heures, un gramme de caféine, en quatre fois, par la voie sous-cutanée; le lendemain, on la trouva anéantie, hyperesthésique, en proie à une vive céphalalgie, à une dyspnée intense ne cadrant pas avec les signes physiques, avec des vomissements fréquents et des phases d'excitation et de délire.

Les jours suivants, amélioration et atténuation de tous les symptômes ; il devint évident qu'on avait été en présence d'accidents stomacaux, céphaliques, nerveux et dyspnéiques, très inquiétants par leur allure, provoqués par la caféine.

D'autres cas d'idiosyncrasie médicamenteuse ou alimentaire ont été rapportés. M. *Barbier* a vu un enfant de souche arthritique et névropathique, convalescent d'une affection fébrile, pris d'accidents d'intoxication et notamment de vomissements, toutes les fois qu'on lui donnait des œufs, sous quelque forme que ce fût, et même à son insu ; le même enfant avait des accidents cutanés sérieux, quand on le badigeonnait de teinture d'iode. M. *Gallois* a constaté une urticaire provoquée par l'ingestion d'œufs frais : et cela d'une façon constante chez le sujet en question.

M. de *Crésantignes* a cité l'intolérance d'un sujet pour le lapin et M. *Bardet* celle d'une jeune femme nerveuse pour l'opium employé en *pansements dentaires* ; à deux reprises elle fut soignée d'une pulpite par des dentistes différents, qui lui introduisirent dans la cavité malade un mélange renfermant des doses infimes de morphine, moins de 5 milligrammes, et les deux fois elle fut prise d'accidents sérieux d'intoxication.

Nul n'ignore les intoxications par 1 gramme et même par cinquante centigrammes *d'antipyrine*. Nous connaissons une malade qui est dans un état d'agitation et d'énervement extraordinaires, quand on lui donne 1 ou 2 grammes de *bromure de potassium* ou de *sodium*, même à son insu.

Une autre personne a du délire et de la dyspnée quand elle a pris X gouttes d'eau de *laurier-cerise*. La liste de ces bizarreries est presqu'interminable. Evidemment, il est impossible de les deviner ; mais lorsqu'on en rencontrera et qu'on aura éprouvé un échec en essayant la suggestion, il vaudra mieux ne pas s'obstiner et modifier la médication.

Influence du phosphore et des phosphates sur la croissance des os.

M. *Kissel* rapporte, dans les *Archives de Virchow*, les expériences nombreuses qu'il a faites pour s'assurer de l'influence du phosphore sur la croissance des os. Il a administré le phosphore en émulsion, dans une petite quantité d'huile, à des chiens pendant la période de croissance ; c'est, en effet, ce mode d'administration qui se rapproche le plus de celui que l'on emploie, en le prescrivant aux enfants.

Il s'est assuré que le phosphore est plus toxique qu'on ne le croit ordinairement, et qu'un trouble, si insignifiant qu'il soit, survenu pendant l'administration de ce remède, peut entraîner des conséquences désastreuses et même se terminer par la mort ; 0gr. 10 par 1 kilogramme d'animal

provoquent des symptômes d'intoxication chronique, avec des phénomènes très accusés d'atrophie, se manifestant partout, où devait avoir lieu le dépôt de substance osseuse ; 0 gr. 06 de phosphore par 1 kilogramme de chien entrave le développement des os ; et la dose la plus élevée, qui puisse être donnée sans effet secondaire fâcheux aucun, c'est 0 gr. 03 par 1 kilogramme d'animal.

En cas d'empoisonnement chronique par suite de l'administration du phosphore à petites doses longtemps continuées, l'auteur a constaté la cirrhose atrophique du foie.

Donné à n'importe quelle dose, le phosphore n'a jamais exercé aucune influence favorable sur la croissance des os : aussi l'auteur se résume-t-il en disant que, jusqu'à l'heure qu'il est, nous ne possédons aucune preuve expérimentale de l'utilité du phosphore dans le traitement des affections osseuses.

Il n'en est pas de même des phosphates alcalins ou alcalino-terreux, qui ont une action bien certaine, à condition d'être solubles et assimilables. Les glycéro-phosphates préconisés par M. Robin, ne remplissent pas absolument ce but. Ce sont des excitants, des toniques du système nerveux, mais ils sont moins puissants comme fortifiants du système osseux que les phosphates, surtout les phosphates en solution chlorhydrique. Nous prescrivons souvent avec succès, soit le sirop de chlorhydro-phosphate de chaux du codex, soit la solution suivante :

HCl officinal............	1 gr..
Phosphate de chaux.....	2 gr.
Phosphate de soude.....	2 gr.
Sirop de menthe........	150 gr.

1 cuillerée à dessert à chaque repas.

La dermatite des rayons de Rœntgen.

Les rayons X ont une multitude d'effets extraordinaires, que l'on commence à connaître : 1° D'abord celui de pénétrer certains corps opaques comme le bois, le carton, le métal en feuilles minces, la peau, les muscles, etc.; 2° celui de provoquer une chute des poils ou des cheveux dans toute la région soumise longtemps à leur influence ; 3° de produire sur la peau, longtemps soumise à leur action, une dermatite vésiculeuse assez intense, comparable à une brûlure, à un coup de soleil. Il peut se former, même, des ulcérations d'une guérison très difficile.

Le Dr *Lasniée* rapporte, dans la *Quinzaine médicale*, le fait curieux suivant :

« Un démonstrateur, qui faisait ses expériences en public au Canada, pendant six à huit heures par jour, eut des ampoules de la main droite dont les ongles tombèrent. Ce qu'il y a de curieux, c'est que l'acide picrique employé dans ce cas, non seulement calma la sensation de brûlure, mais exerça dans la suite une action protectrice. L'opérateur, se servant alors de sa main gauche, éprouva les mêmes accidents, eut même de la rougeur et du gonflement de la face ; les cheveux tombèrent au niveau du front et de la tempe, le sourcil gauche se dépouilla, les poils du côté gauche de la moustache tombèrent. Le patient aurait eu quelques troubles de la vue. Ces fâcheux effets ne se produisent que lorsque l'exposition est trop prolongée, que le tube de Crookes est placé trop près de la peau ou lorsque l'exposition est trop fréquente, comme cela arrive chez les opérateurs. Il est bon de noter que dans aucun cas, on n'a constaté de symptômes viscéraux.

« Quant à l'action préventive attribuée à l'acide picrique, il est possible qu'elle soit due simplement à sa coloration jaune.

« En tout cas, les opérateurs peuvent se garantir facilement les mains, en mettant des gants et la figure, en appliquant sur la peau un fard rouge. »

MÉDECINE PRATIQUE

Tuberculose de l'intestin et de l'anus.

Au lieu de pénétrer dans le péritoine en passant au travers des tuniques intestinales, le bacille de Koch peut trouver un terrain favorable dans la muqueuse même de l'intestin et y pulluler tout à son aise. Les ingesta alimentaires (viande mal cuite, lait non bouilli provenant de vaches tuberculeuses) ne sont pas les seuls moyens d'infection de l'intestin ; très fréquemment, l'ensemencement bacillaire est opéré par la déglutition des crachats broncho-pulmonaires chargés de germes et incomplètement évacués par les expuitions.

La tuberculose peut envahir l'intestin grêle, le gros intestin, le cœcum, le rectum, l'anus, soit isolément, soit dans leur ensemble, sous forme de granulie aiguë.

I

TUBERCULOSE DE L'INTESTIN GRÊLE.

Les lésions tuberculeuses de l'intestin grêle siègent surtout au voisinage de la valvule iléo-cœcale et dans l'iléon particulièrement. C'est la région la plus étroite du tube intestinal et c'est celle où les aliments séjournent le plus longtemps. C'est là aussi que la circulation est le plus active et l'absorption le plus vigoureuse. Enfin, c'est souvent aussi le point le plus affaibli par les entérites antérieures ou par une dothiénentérie de la jeunesse.

L'aspect des lésions est variable selon leur ancienneté; au début, elles affectent l'apparence de petites granulations miliaires, grisâtres, isolées ou, au contraire, associées entre elles et formant un groupe, un semis confluent, au niveau des plaques de Peyer. M. Girode a décrit, sur le bord des lésions ulcératives, des amas granuleux, dont le centre est occupé par un gros tubercule âgé, de coloration jaunâtre.

« Plus tard, ces granulations se modifient et donnent lieu à un autre type de lésions : les ulcérations.

« Les ulcérations affectent deux types principaux : les unes sont lenticulaires, peu étendues, très nombreuses et constituent un stade de passage de la granulation au deuxième type, qui est la grande ulcération. Celles-ci ont une forme annulaire, ou allongée, ou, au contraire, sont tout à fait irrégulières. Elles intéressent les couches internes des tuniques intestinales, mais ne dépassent pas la séreuse, qui, elle, est épaissie,

et infiltrée, et présente parfois des adhérences avec les organes voisins ou le péritoine pariétal. C'est habituellement au niveau des plaques de Peyer qu'abondent les ulcérations tuberculeuses. Elles prennent la forme et la dimension de ces plaques et peuvent avoir 8 à 10 centimètres de longueur.

« Les ulcérations intestinales s'accompagnent fréquemment de lymphangite mésentérique caractérisée par des traînées flexueuses, gonflées de matières jaunes, caséeuses, molles, allant du pourtour des ulcérations au mésentère, en suivant un trajet transversal ou oblique. Ces vaisseaux lymphatiques engorgés se rendent aux ganglions mésentériques, qui sont souvent tuméfiés et envahis par la tuberculose à leur tour. Chez l'enfant, l'entérite tuberculeuse envahit fréquemment le péritoine; ce fait est, au contraire, rare chez l'adulte. Les ulcérations aboutissent soit à la perforation, soit à la cicatrisation.

« On trouve quelquefois comme preuve de la cicatrisation de lésions intestinales, des dépôts calcaires lymphatiques et ganglionnaires dans le mésentère.

« Parfois, les cicatrices forment des brides qui rétrécissent l'intestin (Darier) (1) ».

Les perforations aboutissent soit à une péritonite généralisée suraiguë, soit, si des adhérences se sont formées, à la production d'abcès, de phlegmons ombilicaux ou inguinaux, enkystés et séparés de la grande cavité péritonéale par les fausses membranes et les cloisonnements fibreux. Quelquefois, deux anses intestinales accolées, se perforent au voisinage l'une de l'autre et une entéro-anastomose naturelle se produit.

Les symptômes de l'entérite tuberculeuse sont parfois extrêmement nets et bien tranchés; mais, ils sont plus souvent masqués par la localisation tuberculeuse pulmonaire qui en a été la première cause; autrement dit, l'entérite tuberculeuse est souvent secondaire, et, exceptionnellement, primitive. Le principal signe est *la diarrhée*, c'est-à-dire les nombreuses évacuations alvines, sans coliques, d'abord rémittentes, puis continues, absolument rebelles à tout traitement.

Le nombre des selles est de deux, trois, cinq, dix jusqu'à quinze et vingt par jour ou par nuit, survenant de préférence lorsque le malade prend des aliments ou des boissons froides.

La diarrhée est d'odeur très fétide, de couleur d'abord jaune clair, grise, puis brune, et même noire, comme les selles mélœniques des cancéreux. Les selles contiennent d'ailleurs parfois du sang, ou du pus. Le sang leur donne une couleur brun-foncé; le pus forme au fond du vase des stries jaune-clair tranchant sur la coloration sombre de la masse.

Le malade éprouve parfois, en allant à la selle, du ténesme rectal avec violentes épreintes ; il a des besoins subits et des évacuations involontaires.

La diarrhée est souvent séreuse, coliquative, granuleuse, remplie de fragments gris-clair de membranes intestinales, ou de grumeaux ayant le volume de petites lentilles et une coloration gris-jaunâtre.

(1) Paul Barlerin. In Traité de médecine clinique de Maloine.

Les bacilles de Koch nagent librement dans le contenu diarrhéique de l'intestin.

L'entérite tuberculeuse primitive donne quelquefois lieu, d'après M. Guéneau de Mussy, à une certaine pigmentation brune, terreuse de la face et de la peau en général, qui devient sèche, sauf à la région abdominale. Rendu a signalé des cas où le tympanisme abdominal était très prononcé.

D'ailleurs, comme l'a très justement montré M. Galliard, les modalités cliniques de l'entérite tuberculeuse sont assez variées et pour la commodité de leur description, on peut les classer en trois formes principales :

La forme *diarrhéique*, la forme *dysentérique*, et la forme *coprostatique* (1).

La forme diarrhéique est la forme commune.

Annoncée par des coliques douloureuses, elle est généralement secondaire à la tuberculose du poumon.

Parfois, elle débute d'une façon brusque et s'installe d'emblée avec une intensité singulière ; elle résiste à tous les médicaments. C'est une diarrhée *de long cours* (Louis, Chomel). On peut la voir alterner avec les sueurs ; Graves caractérisait le phénomène par ce mot : *sueurs intestinales.* Quant au prétendu balancement, qui existerait entre les déterminations thoraciques et la diarrhée des tuberculeux, M. Galliard le repousse avec énergie. D'après son observation personnelle, la diarrhée n'arrête jamais l'évolution du processus pulmonaire ; elle constitue une complication formidable et rien de moins. Peut-être lui attribuera-t-on la diminution passagère des crachats et la résorption de certains épanchements de la plèvre, mais le malade n'y gagnera pas grand'chose : la tuberculose continuera son évolution, soit dans la séreuse, soit dans le parenchyme pulmonaire.

Lorsque, chez l'*adulte*, la diarrhée fournit le premier symptôme de la tuberculisation, le diagnostic est difficile. On tiendra compte de la nature des matières évacuées : d'abord demi-solides et bilieuses, puis muqueuses, aqueuses, grisâtres, assez souvent noircies par le sang mélangé, très fétides. On tiendra compte de la fièvre ; Trousseau dit avoir vérifié souvent la proposition de Chomel : toute diarrhée rebelle liée à la fièvre et aux sueurs, est d'origine tuberculeuse. On tiendra compte de la déchéance progressive, de l'amaigrissement, de la pigmentation de la face et qui doit se distinguer de ce qu'on observe dans la maladie d'Addison.

Chez les vieillards, les lésions pulmonaires échappent parfois, à cause de la difficulté de l'auscultation.

Cependant, la tuberculose intestinale peut aussi les atteindre, principalement sous forme de tuberculose diarrhéique commune.

Chez les enfants, elle se rencontre également accompagnée d'ascite ou de tuméfaction de la fosse iliaque droite. Cette tuméfaction de la fosse iliaque droite indique une typhlite ou une pérityphlite tuberculeuse, qui existe parfois chez l'adulte et peut être prise pour un cancer du cœcum à forme diarrhéique.

La *marche* de la tuberculose intestinale à forme diarrhéique est lentement progressive. Elle peut s'interrompre brusquement sous l'influence d'une

(1) *La Médecine moderne*, 1896.

complication mortelle : hémorragie, perforation. Elle peut être contrariée par un processus réparateur : les ulcérations se cicatrisent.

Forme dysentérique. — C'est à Laveran et à Spillmann que nous devons la connaissance exacte de cette forme rare, dont les lésions correspondraient en partie à la colite diphtéritique de Lebert. Le mot *colite* ne convient pas, puisque les altérations atteignent l'S iliaque et le rectum. Quant à l'épithète *diphtéritique*, elle créerait des confusions.

Un homme de 24 ans, observé par Laveran, n'offrant pas de signes bien nets de tuberculose pulmonaire, entre au Val-de-Grâce pour une diarrhée tenace, le 25 novembre 1877.

Il a le ventre un peu ballonné, douloureux à la pression, surtout au niveau des fosses iliaques ; selles liquides et brunâtres, n'offrant ni les mucosités, ni le sang rouge, ni les anguillules de la dysenterie ; tous les soirs, un accès fébrile. A partir du 20 janvier 1878, les symptômes s'aggravent : le malade est obligé de se lever toutes les 20 minutes, puis, toutes les 10 minutes. Le 21 janvier, il a des selles involontaires. Il succombe le 28 janvier. On trouve quelques granulations tuberculeuses, disséminées dans les deux poumons.

L'épiploon est soudé à la paroi abdominale ; le péritoine est semé de petites granulations saillantes ; la fosse iliaque droite présente un foyer gangréneux dû sans doute à une perforation ; le gros intestin ouvert et étalé présente des lésions anatomiques que *la simple vue ne saurait faire distinguer de celles de la dysenterie.* Muqueuse boursouflée, rouge sombre, présentant une série d'ulcérations à fond déchiqueté, noirâtre, mettant à nu la tunique musculeuse de l'intestin. La valvule iléo-cæcale ne peut être examinée, car elle forme avec les portions voisines un amas putrilagineux. Dans l'intestin grêle, il n'y a que quelques petites ulcérations arrondies.

La rectite ulcéreuse peut donner naissance à des désordres qui se rapprochent de ceux-là.

« *Forme coprostatique.* — Signalée par les chirurgiens comme étant de leur ressort, cette forme est constituée par une lésion fibreuse sténosante, absolument analogue au lupus tuberculeux de la face (Darier). Or, cette forme se manifeste par une constipation opiniâtre et ne peut être guérie que par la résection de la portion intestinale sténosée.

Sourdille a montré que la tuberculose sous-muqueuse du rectum pouvait être le point de départ d'un rétrécissement fibreux. Il faut donc admettre le *lupus rectal*, de même que le lupus iléo-cæcal.

Lorsqu'on sera en présence d'une constipation par rétrécissement intestinal, chez un malade soupçonné ou convaincu de tuberculose, il faudra rechercher si la constipation est primitive ou si elle a été précédée de diarrhée. La chose paraît être d'une importance capitale au point de vue du diagnostic, du pronostic et des indications thérapeutiques.

A. *Coprostase primitive* : tuberculose scléreuse sténosante (lupus intestinal) ; ulcérations absentes ou discrètes ; processus fibreux localisé et, par conséquent, *s'il y a tumeur*, cette tumeur est opérable.

B. *Coprostase succédant à la diarrhée* : tuméfaction de la valvule iléo-cæcale (Klebs, Cornil), phlegmon diffus de la paroi cæcale (Duguet), sclérose sous-ulcérative (Corbin, Leudet), sclérose du cæcum avec ulcérations et productions papillomateuses rappelant celles du cancer (Billroth, Pilliet, Hartmann), sclérose du rectum (Sourdille), rétrécissements cicatriciels (Litten). Ici le processus scléreux est consécutif à l'ulcération ; il y a probablement encore des ulcérations multiples de l'intestin ; la tuberculose est donc moins bien localisée que dans la variété précédente. *S'il y a tumeur*, les chances de succès opératoire sont moins grandes que si la coprostase n'avait pas été précédée de diarrhée. »

Quelle que soit, d'ailleurs, la forme clinique de l'entérite tuberculeuse, le malade dépérit rapidement et arrive à un extrême degré de cachexie. C'est ainsi que survient la mort, la diarrhée s'opposant à l'absorption des aliments, et spoliant l'organisme d'une grande quantité d'eau. La fièvre ne tarde pas à s'allumer, la soif est dévorante, la langue se dépouille, devient rouge, vernissée, sèche, se couvre facilement de muguet, la face prend un aspect tiré, les yeux sont excavés sous l'orbite, ternes et sans expression, la mort arrive dans le délire, le marasme et l'adynamie (1).

Les complications graves, susceptibles de hâter la terminaison fatale, sont : les hémorrhagies intestinales, les perforations et les péritonites totale ou partielle, les abcès stercoraux ombilicaux, iliaques ou inguinaux.

II

TUBERCULOSE DU GROS INTESTIN, CÆCUM, CÔLONS, RECTUM.

Les tubercules peuvent se localiser au cæcum et donner lieu à une typhlite tuberculeuse (Duguet, Girode, Pilliet). Les lésions consistent principalement en grosses ulcérations irrégulières, affectant la forme de stries ou d'étoiles. L'appendice est dilaté, rouge, la muqueuse est violacée, parsemée d'ulcérations, boursouflée ; la valvule est déformée, exulcérée. Le péritoine environnant prend part à l'inflammation, des fausses membranes apparaissent qui accolent entre elles les parties voisines, les déplacent, les étranglent et leur donnent l'aspect d'une seule et même tumeur phlegmoneuse.

Des perforations sont fréquentes et sont naturellement suivies d'abcès stercoraux iliaques.

Les symptômes de la typhlite tuberculeuse sont : la diarrhée avec alternatives fréquentes de constipation, la douleur spontanée ou provoquée par la pression ou les mouvements, dans la fosse iliaque droite, l'empâtement profond de cette région, les nausées et même les vomissements, la fièvre hectique.

La typhlite tuberculeuse peut avoir une marche assez aiguë et affecter la forme dysentérique que nous avons décrite plus haut avec M. Gallard. Le plus souvent, elle évolue comme les typhlites subaiguës simples, par poussées congestives, avec des rémissions plus ou moins longues et des rechutes désespérantes ; puis, tout à coup, les phénomènes deviennent plus aigus, une perforation s'est faite et un phlegmon iliaque se prépare. La suppuration est in-

(1) Paul Barlerin, *loco citato.*

tarissable et le malheureux patient succombe au marasme et à l'adynamie.

Dans le rectum, la tuberculose affecte de préférence la forme coprostatique, c'est-à-dire la forme fibreuse, sténosante, analogue à la forme fibreuse de la péritonite tuberculeuse, et au point de vue des lésions, au lupus cutanéo-muqueux.

Le DIAGNOSTIC de l'entérite tuberculeuse est d'une grande difficulté. Primitive, on l'ignore quelquefois totalement, au début, du moins; secondaire, on la soupçonne, plutôt qu'on ne la diagnostique réellement; et encore, ce soupçon ne survient qu'en présence des échecs réitérés des nombreux traitements tentés. Le seul critérium, quasi-infaillible, serait d'examiner les selles diarrhéiques au point de vue bactériologique; on y trouve toujours le bacille de Koch, s'il s'agit d'une entérite tuberculeuse; malheureusement, ce procédé n'est pas toujours très réalisable.

Les affections les plus semblables à l'entérite tuberculeuse sont: les *diarrhées de Cochinchine*, les *diarrhées mélœniques des cancéreux*, les *diarrhées urémiques*, la *dysenterie* et surtout la *fièvre typhoïde*. La granulie, avec complications intestinales, est parfois impossible à différencier de la dothiénentérie, pendant la vie, du moins. On pourra invoquer en faveur de la tuberculose, la coloration grise et même brunâtre des selles, la recrudescence vespérale de la température, les grandes oscillations de cette température, qui monte le soir à 41° et 41°5 et descend le matin à 37°8 ou 38°, enfin, et surtout les lésions pulmonaires (râles sous-crépitants fins, nombreux dans toute la hauteur des deux poumons, et surtout aux sommets, chez les adultes, quelquefois même, excavations pulmonaires bien nettes).

Le TRAITEMENT, hélas! est bien souvent complètement impuissant.

Pour l'entérite de l'intestin grêle, on prescrira un régime sévère, une alimentation nourrissante, mais qui irrite peu l'intestin, des intervalles régulièrement répartis entre les repas, et des repas modérés comme quantité. Le bouillon, le lait stérilisé, le lait additionné d'eau de chaux, le képhir n° 3, les viandes cuites et rôties, les œufs, les purées, les poudres de viande et peptones, sont utilisés quelquefois avec efficacité.

On prescrira les toniques amers: quinquina, noix vomique, colombo, quassia. Dans le cas où les aliments seraient mal tolérés par l'estomac, on donnerait des lavements de lait, d'œufs, de peptones, additionnés de quelques gouttes de laudanum de Sydenham.

La diarrhée proprement dite sera combattue par l'*élixir parégorique du Codex* à la dose de 1 à 3 gr., le *laudanum de Sydenham*, en lavements, XX à XL gouttes, le *sirop de cachou, de coings, de ratanhia (ad libitum)*, le *sous-nitrate de bismuth* (6 à 12 grammes), l'*acide lactique* (4 à 8 gr.), la *poudre de talc* mélangée au lait (100 à 200 gr. par jour (Debove), l'*orphol* (naphtolate de bismuth, 4 à 6 grammes, Chaumier), le *tannigène* le *salicylate de bismuth*, le *charbon*, la *craie préparée* (1 à 3 grammes), le *phosphate de chaux*, la *décoction blanche de Sydenham*, enfin, les lavements additionnés de *nitrate d'argent*, 1 %, de sulfate de zinc, d'acide phénique.

Tous ces moyens peuvent réussir, provisoirement au moins; malheureusement, les ulcérations tuberculeuses de l'intestin rétrocèdent rarement et évoluent en dépit de tous les efforts. Contre les coliques violentes et les vives douleurs, il ne faut donc pas hésiter à employer les injections hypodermiques de morphine, le chloral, le chloralose, le trional, en attendant que nous ayons en notre possession le sérum antituberculeux, que l'humanité appelle de tous ses vœux.

Quand il s'agit de tuberculoses localisées de l'intestin (typhlite, rectite), il n'y a qu'une méthode de traitement héroïque: l'*exérèse*.

« Avant de pratiquer la résection de l'anse malade, il faut ausculter les poumons, examiner les ganglions, analyser l'urine, rechercher dans les crachats et dans les déjections le bacille de Koch, se préoccuper des sueurs nocturnes et de la fièvre vespérale.

« La constatation d'une tumeur de la fosse iliaque droite fournira de précieux renseignements au point de vue du siège de l'obstacle.

« Plusieurs chirurgiens (Czerny, Billroth, Gussenbauer, Sachs) avaient admis le cancer du cæcum avant d'opérer. Dans des cas de Péan, Reclus, Richelot, Broca, Tillaux, Czerny, Fink, le diagnostic de tuberculose du cæcum avait été précisé avant l'opération.

« Les résultats publiés sont encourageants.

« Les faits se multiplieront lorsqu'on aura appris à mieux connaître la *tuberculose fibreuse, sténosante, iléo-cæcale*, le *lupus de l'intestin*. » Galliard.

III

TUBERCULOSE ANALE.

La tuberculose est très fréquente au voisinage de l'anus, principalement chez les adultes et surtout chez les hommes. Le nombre des prétendus furoncles et hémorrhoïdes enflammées internes, qui, en réalité, sont des tubercules suppurés fistuleux, est extraordinaire. Le plus souvent, il s'agit d'un tubercule de la région inférieure du rectum, qui, à la suite d'une caséification, se met à suppurer et se fraye un passage vers la peau périanale, en traversant les fibres du sphincter externe.

Le pus chemine parfois, en même temps, vers la muqueuse rectale et se perce un orifice dans la cavité rectale. A l'extérieur, à la peau du pourtour de l'anus, la migration du pus forme comme une sorte de boursouflement rouge violacé, une variété de gomme cutanée, qui tout à coup se perce et laisse échapper quelques gouttelettes de pus. Le malade s'aperçoit, en effet, qu'à la suite de quelques démangeaisons et de quelques efforts de grattage, il a percé un bouton et que sa chemise est tachée de quelques parcelles purulentes. C'est ainsi que se forme la fistule à l'anus, c'est-à-dire l'abcès tuberculeux fistuleux de l'anus. Selon que cette fistule est complète, borgne, double, anfractueuse, communique avec le rectum et la peau, ou seulement avec l'un des deux, on classe les fistules anales en: fistules *complètes*, fistules *borgnes internes*, fistules *borgnes externes*.

En fait, la tuberculose anale est la moins grave localisation de la tuberculose du tube digestif, car elle est le plus souvent locale, et sa guérison radicale est la plupart du temps possible.

Nous ne décrirons pas longuement la symptomatologie de cette pénible localisation du ba-

cille de Koch ; elle se résume à quelques démangeaisons anales, accompagnées de sensations de plénitude rectale avec ténesme et épreintes, et à l'issue, par la fistule, d'un écoulement purulent plus ou moins abondant, intermittent, fétide et irritant pour la peau, à laquelle il fait adhérer le linge et la chemise, en se desséchant. Les défécations sont assez douloureuses, ce qui éloigne les malades de cette indispensable fonction et les matières expulsées sont plus ou moins recouvertes de stries purulentes et sanguinolentes.

La marche clinique de ces abcès tuberculeux est absolument chronique, sans tendance naturelle à la guérison ; elle a pour résultats l'extension des clapiers purulents à tout le pourtour de l'anus et la formation de fistules multiples, en pomme d'arrosoir ; l'abondance même de leur suppuration et l'hypochondrie que provoquent la constipation et les douleurs rectales, finissent par épuiser le malade et favorisent l'éclosion des tubercules pulmonaires.

La tuberculose anale est facile à diagnostiquer, par le seul examen de la région, surtout si l'on a soin d'introduire l'index dans le canal anorectal et de faire mouvoir ce doigt en haut, en bas, latéralement, dans ce conduit, pour faire sourdre une gouttelette purulente par l'orifice fistuleux.

Le diagnostic n'est vraiment difficile que lorsque l'abcès tuberculeux a donné lieu à une fistule borgne interne.

« On constatera parfois que les matières fécales sont recouvertes d'une couche plus ou moins épaisse de pus et que la défécation est très douloureuse. D'autres fois, on pourra, par des pressions exercées sur le pourtour de l'anus, déterminer un certain degré de douleur et constater, en même temps, une induration circonscrite des parties molles périanales, ou, au contraire, un certain degré de mollesse qui indiquera le fond d'un trajet. Ces mêmes pressions pourront, en outre, avoir pour conséquence de faire refluer une certaine quantité de pus par l'orifice anal.

« Par le toucher rectal, on pourra reconnaître une dépression, une inégalité ou une élevure indurée au centre de laquelle se trouve un orifice. En glissant alors un stylet aseptisé, recourbé en crochet, que l'on guide avec le doigt jusqu'à l'orifice présumé de la fistule, il sera parfois possible de l'engager dans l'ouverture et de faire proéminer, du côté des téguments, le fond du cul-de-sac fistuleux.

« Enfin, si l'orifice interne échappe au toucher, on pourra chercher à le découvrir au moyen du spéculum de Sims (1). »

Traitement. Le traitement de la tuberculose anale avec fistules consiste : 1° dans l'ouverture large et complète, sur la sonde cannelée, au thermo-cautère, de tout le trajet fistuleux et de toutes ses ramifications ; 2° dans le grattage de toutes les fongosités avec une curette ; 3° dans un pansement antiseptique et antituberculeux aussi parfait que possible, avec l'iodoforme, le naphtol camphré, l'iodol.

Beaucoup d'auteurs vantent les cautérisations, bacillicides au chlorure de zinc à 1/12 ou à la créosote, au gaïacol en solution dans l'huile stérilisée à 1/5 ou à 1/2. La cicatrisation demande de 3 semaines à 3 mois, selon l'étendue des lésions, selon les dégâts de l'avivement, et selon le terrain du sujet. Il ne faut pas oublier, en effet, d'améliorer le terrain du tuberculeux anal, en lui administrant le quinquina, le sirop iodo-tannique, l'huile de foie de morue, la créosote, le gaïacol, le carbonate de gaïacol ou de créosote, les injections sous-cutanées de gaïacol iodoformé.

Dr Paul Huguenin.

(1) Follin et Duplay. Traité de pathologie externe.

PRATIQUE RHINOLOGIQUE

Formulaire de l'épistaxis.

Le traitement rationnel de cette affection, si fréquente et pour ainsi dire, dans bien des cas, banale, doit viser à la fois deux buts différents : d'une part arrêter l'hémorrhagie nasale pour laquelle on est appelé, c'est-à-dire faire l'hémostase immédiate, et de l'autre, prévenir, aussi complètement que possible, le retour offensif de l'épistaxis.

A moins de circonstances tout à fait spéciales, il est rare de rencontrer dans la pratique journalière une épistaxis assez abondante pour nécessiter une intervention très énergique d'emblée et il est de règle de graduer progressivement la thérapeutique, de façon à passer des moyens simples aux procédés plus efficaces, si les premiers ont été insuffisants. Bien souvent, en effet, l'hémorrhagie s'arrête sous la seule influence de ces moyens simples.

Le malade surpris par l'epistaxis sera placé, autant que possible, à l'air frais, sa tête étant maintenue droite et légèrement penchée en avant, de façon à ne pas masquer l'écoulement sanguin en le laissant descendre dans le pharynx nasal. Le patient pourra pratiquer lui-même une pression modérée sur la partie antéro-inférieure de la cloison du nez, en serrant convenablement entre deux doigts d'une main les ailes du nez ou bien seulement avec un doigt unique et d'un côté, suivant que le sang s'écoule des deux ou d'une seule fosse nasale. On lui recommandera, bien entendu, de respirer alors soit par la bouche, soit par la narine libre, s'il y a lieu, et bien souvent cette simple compression aidée d'une lotion froide sur le front et la racine du nez suffisent à arrêter entièrement l'epistaxis. Cette méthode, en outre, a le très grand avantage de pouvoir se pratiquer partout et toujours.

Si l'epistaxis persiste malgré cela, il faut alors passer, progressivement comme nous l'avons dit, aux procédés plus efficaces et, à ce propos, il est absolument indispensable d'avoir toujours présent à l'esprit un point essentiel de pathogénie qui est le suivant : la partie de la pituitaire qui saigne, dans la grande majorité des cas, est celle qui tapisse le tiers antéro-inférieur de la cloison ; c'est sur cette région qu'il faudra déposer les différents hémostatiques.

Deux médicaments bien connus se disputent à l'heure actuelle la faveur des spécialistes dans l'hémostase nasale. Le premier, l'antipyrine, en poudre ou en solution à 1/5, est le plus ancien. Le second, l'eau oxygénée pure ou bioxyde d'hydrogène, introduit assez récemment dans

l'arsenal thérapeutique, est un agent fort utile et le praticien fera son choix entre ces deux préparations également recommandables et à peu près inoffensives, lorsqu'on les manie sans excès. Je n'ai pas besoin d'ajouter que l'on s'abstiendra rigoureusement d'utiliser le perchlorure de fer.

On prépare, séance tenante, un petit tampon d'ouate hydrophile que l'on imbibe largement d'eau oxygénée à 12 volumes ou d'antipyrine en solution et on l'introduit à l'entrée de la fosse nasale qui saigne, en l'étalant sur la cloison. Il est toujours préférable, bien entendu, si on sait manier le spéculum rhinoscopique, de porter exactement, grâce à lui, le tampon sur le point qui donne.

Lorsque l'épistaxis ainsi traitée ne diminue pas sensiblement, pour bientôt s'arrêter, il y a lieu de croire qu'elle a une source plus profonde, le pharynx nasal par exemple. Dans ces circonstances, on fait coucher le malade, sa tête étant placée horizontalement et on verse alors par les narines, le long du plancher des fosses nasales, une cuillerée à café d'une des solutions hémostatiques précédentes, qui arrive ainsi jusqu'à l'arrière-cavité du nez.

Un moyen également simple et recommandable consiste à introduire au travers du spéculum, qui facilite singulièrement la manœuvre, une mèche de gaze iodoformée tout le long de la fosse nasale de manière à constituer un pansement assez lâche et non un tamponnement, l'iodoforme jouissant d'ailleurs de propriétés, à la fois hémostatiques et antiseptiques.

Comme traitement général, enfin, il ne faudrait pas hésiter, en présence d'une hémorrhagie se prolongeant, à pratiquer une ou plusieurs injections sous-cutanées d'ergotine.

Nous venons d'indiquer la série des moyens pratiques et inoffensifs les plus commodes, habituellement employés dans le traitement de l'épistaxis. Ils réussissent la plupart du temps, mais il est cependant quelques cas exceptionnels où ils échoueront, et on se trouvera ainsi en présence d'épistaxis véritablement incoercibles. On pourra alors s'adresser à la série des formules suivantes, dont certaines, il est vrai, ne méritent qu'une confiance limitée.

1° D'abord le vieux tamponnement des fosses nasales, si en honneur chez les générations médicales précédentes. Sa vogue est bien tombée et ses dangers, pour l'oreille et les sinus de la face surtout, en rendent l'usage absolument exceptionnel. Lorsqu'on sera obligé d'y recourir on devra prendre rigoureusement les précautions suivantes :

a) Employer toujours des tampons de gaze iodoformée que l'on introduira au moyen d'une sonde molle en caoutchouc, analogue aux sondes uréthrales.

b) les laisser à demeure le moins longtemps possible, douze à vingt-quatre heures au plus.

2° Badigeonner la région d'où le sang semble venir, avec le collodion suivant. (Rougier.)

Collodion ordinaire	25 gr.
Acide phénique	} ãã 1 gr.
Acide benzoïque	} ãã 1 gr.
Acide tannique	} ãã 1 gr.

F. s. a.

3° Toucher la cloison avec (Cozzolino):

Acide trichloroacétique	1 gr.
Eau distillée	40 gr.

4° Cautériser le point hémorrhagique avec le thermo ou le galvano-cautère. Cette cautérisation, avantageuse dans les épistaxis à répétition, en ce qu'elle détruit le tissu qui saigne, arrête assez rarement l'hémorrhagie, car il est souvent difficile de ne pas détacher l'eschare en retirant le cautère.

5° Elévation du bras correspondant à la narine qui saigne — ouate de penghawar — faire asseoir le malade les pieds plongés dans un grand seau d'eau aussi chaude que possible (Hutchinson) ; à l'intérieur eau de Rabel, quinine, si on soupçonne l'impaludisme, vésicatoire hépatique (Verneuil), etc...

Nous allons maintenant indiquer la thérapeutique véritablement pathogénique qui répond au second desideratum, c'est-à-dire dont le but est d'éviter la récidive, le retour de l'hémorrhagie.

Assez souvent, on se trouvera bien d'un traitement général approprié, basé sur la constitution du malade et les causes provocatrices possibles : sirop iodo-tannique, un vésicatoire hépatique s'il y a lésion du foie, le rétablissement de la menstruation dans l'épistaxis supplémentaire, enfin les hémostatiques généraux proprement dits, ergotine, hamamelis virginica, hydrastis canadensis, que l'on pourra formuler de la façon suivante :

Teinture d'hamamelis	} ãã 4 gr.
— d'hydrastis	} ãã 4 gr.

XV gouttes matin et soir pendant 15 jours.

et	Ergotine	8 gr.
	Sirop d'écorces d'oranges	200 gr.

une cuillerée à soupe le matin pendant la semaine suivante, en alternant ainsi après 8 jours de repos.

Quant aux interventions locales, elles sont bien plus précises, plus importantes et dans la plupart des cas même suffisent à elles seules à prévenir les récidives, en faisant disparaître la cause immédiate de l'hémorrhagie. Sans doute, il faut, autant que possible, faire un diagnostic précis avec le rhinoscope et examiner soigneusement les fosses nasales, mais il est bon de rappeler, qu'ici encore, le siège de la lésion, en général, est le tiers antéro-inférieur de la cloison du nez. On y trouvera des vaisseaux dilatés, une muqueuse congestionnée, exulcérée et recouverte de croûtelles. Voici alors le traitement que nous conseillons à nos malades.

Matin et soir, introduire doucement, à l'entrée du nez, en l'appliquant exactement en dedans sur la cloison, gros comme un pois de la pommade suivante :

Vaseline	25 gr.
Iodol	1 gr.
Tannin	0 gr. 40

Mêl. s. a.

De plus, deux fois par semaine, faire soi-même un attouchement sur la cloison avec une solution aqueuse de nitrate d'argent à 1 p. 40 ou 1 p. 30. Il est rare qu'on soit obligé d'en venir à des moyens plus énergiques.

Dr P. Lacroix.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Société de protection des victimes du devoir médical.

Encore un des nôtres, qui vient de mourir sur la brèche, au champ d'honneur. Il s'agit du Dr B... de L., qui, malgré ses 66 ans, par dévouement et aussi par nécessité, avait continué d'affronter les tourmentes des montagnes de la Lozère.

Le 5 mars, quoiqu'à bout de forces, il ne sut pas résister aux sollicitations pressantes d'une famille qui réclamait ses soins, dans une commune voisine.

A quatre heures du soir, des gendarmes en tournée le trouvaient mort dans la neige, au bord d'un sentier. Evidemment, il avait trop présumé de ses forces et celles-ci l'avaient trahi. Il avait apporté des paroles d'espoir à ceux qui avaient réclamé ses soins, et, ce devoir rempli, il s'était endormi pour toujours, exténué par une lutte incessante contre les éléments et contre la misère. — Ce bon Samaritain ne laisse en effet aucune fortune après lui. Les siens, à qui il avait caché sa détresse, pour ne pas les affliger, ignoraient même la triste réalité, et leur deuil n'en est que plus cruel.

Il s'agit d'une fille mariée, avec deux enfants, d'une autre fille de 28 ans qui s'était consacrée à soigner son vieux père et qui se trouve maintenant sans ressources et sans appui ; enfin, d'un fils, dont la santé est gravement compromise, à la suite de longs voyages à l'étranger.

Que vont devenir tous ces infortunés ? — Nous avons envoyé un secours de 300 fr. ; on espère que l'Association générale interviendra ; mais le peu que nous pourrons faire sera certainement insuffisant et je ne puis que déplorer une fois de plus que nos ressources soient si modestes.

Je voudrais bien que les journalistes et les auteurs dramatiques, qui, dans ces derniers temps, ont été si mordants pour les nôtres, eussent l'occasion de se recueillir durant quelques minutes devant cette tombe récemment creusée. — Peut-être deviendraient-ils plus justes et moins prompts à vitupérer. Ils chercheraient moins à nous salir, à nous couvrir de boue, à conclure de l'indignité d'un seul à la déchéance de tous, s'ils voulaient bien se souvenir que la longue liste de notre martyrologe ne cesse de s'allonger, qu'il ne se passe pas de mois, sans que quelque terrifiante aventure ne vienne apitoyer la sensibilité fortement émoussée de la foule, en faveur de quelque confrère, victime de son abnégation.

De pareils désastres devraient être aussi apportés à la connaissance des pères de famille, qui se laissent hypnotiser par la brillante situation de quelques élus, ceux qui ont un sort enviable, et qui s'obstinent à ne pas tenir compte du reste de la corporation. Ils ne pousseraient pas si légèrement leurs Benjamins à étudier la médecine, s'ils savaient qu'il y a des milliers de médecins, qui végètent, s'ils pouvaient se douter que le malaise se fait sentir partout, qu'un vent desséchant a soufflé même sur les sommets, sur la haute futaie de la corporation.

Un livre récent vient de nous initier à la triviale misère, au martyre quotidien de l'officier pauvre et chargé de famille. Ce que l'auteur a dit de la détresse galonnée, peut s'appliquer, avec encore plus de vérité, aux parias de la médecine, rongés, comme le militaire, par les soucis les plus piteux, obligés de liarder comme lui, sans aucune des compensations réservées aux fils de Mars.

Je termine en adressant une pensée tout spécialement émue à ce pauvre docteur B... Ce n'est pas assez de la gratitude locale et des larmes qu'il a fait verser sur sa fin imméritée. Son souvenir doit rester dans notre mémoire, comme celui de tous ceux qui honorèrent notre profession et nous donnèrent de nobles exemples !

Le Secrétaire général,
Dr Grellety.

Les tarifs médico-légaux en Algérie.

Le Dr Guérard, d'El Arouch, nous adresse la lettre suivante :

Très honoré Confrère,

Je crois devoir vous informer que, malgré le décret du 7 août 1896, qui applique à l'Algérie la loi de 1892, nous subissons toujours l'ancien tarif relatif aux expertises médico-légales sous prétexte que le décret de 1893 n'est pas applicable à l'Algérie.

Ce décret n'est pourtant que le corollaire de la loi de 1892.

M. le Député Forcioli a obtenu du Garde des sceaux une lettre lui annonçant qu'*un projet de décret a été soumis, par M. le Ministre de l'Intérieur, au Garde des sceaux qui l'a approuvé* et en a demandé la transmission au Conseil d'Etat à la date du 4 novembre dernier.

Mais depuis cette époque aucune nouvelle.

Le *Concours médical* ne pourrait-il nous aider à obtenir justice ?

Veuillez agréer, etc....

Nous nous sommes empressés de communiquer cette demande à M. le Dr Pedebidou, Député, en le priant de vouloir bien faire les démarches nécessaires.

Il vient de recevoir du Garde des sceaux la lettre suivante :

Ministère
de la Justice
Direction
des Affaires civiles
et du Sceau.

Paris, 22 mars 1897.

Monsieur le Député,

Vous avez bien voulu, au nom du Groupe parlementaire des médecins du Sénat et de la Chambre des Députés, me signaler l'intérêt que présente la prompte élaboration du décret ayant pour objet de régler le mode de désignation et les honoraires des médecins experts près les tribunaux d'Algérie.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que le Conseil d'Etat, qui est actuellement saisi d'un projet de décret préparé par M. le Ministre de l'Intérieur et par ma Chancellerie, n'est pas encore en mesure de se prononcer. Il lui a paru indispensable d'avoir l'avis de M. le Ministre de la Guerre. Le texte qui lui est soumis, prévoit, en effet, que les médecins militaires peuvent être désignés pour remplir les fonctions d'experts, concurremment avec les médecins civils.

Vous pouvez avoir l'assurance que le Conseil d'Etat examinera ce projet de décret dès que l'instruction aura été complétée. De mon côté, je ne manquerai pas de hâter, autant que possible, la solution de cette affaire.

Agréez, Monsieur le Député, l'assurance de ma haute considération.

Le Garde des sceaux, Ministre de la Justice et des Cultes,

A. DARLANT.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical du Loiret.

26 *juillet* 1896.

Présents : MM. Halmagrand, *Président* ; Gassot, *secrétaire* ; Baillet, Beaurieux, Boulle, Breton, Chaignot, Chipault, Cœur, Dufour, Garsonnin, Geffrier, Grenet, Hamon, Heurteau, Hyvernaud (Olivet), Hyvernaud (Beaugency), Le Maux, Martin, Mion, Mora, Perlis (Bellegarde), Persillard, Popis, Renard, Sadrain, Souesme, Vacher.

Excusés : MM. Augé père, Augé fils, Berty, Boutet de Montvel, Brunet, Chaignot (Gien), Defaucamberge, E. Denance, Dupont, Durant, Lambry Nouet, Richard, Rocher, Veillard (Loiris), Veillard (Meung).

M. le Président Halmagrand ouvre la séance en prononçant l'éloge de MM. les Drs Patron et Poirier, décédés, et souhaite la bienvenue aux membres nouveaux.

M. Gassot, secrétaire général, rend compte des travaux de l'année et constate que le syndicat médical compte 107 membres sur 140 exerçant dans le Loiret.

Assistance médicale gratuite.

Conformément aux propositions du Conseil syndical, l'Assemblée Générale émet les vœux suivants :

1° Le Syndicat médical du Loiret,

Considérant que l'établissement des listes d'assistance dans les communes, lors de la première session des Conseils municipaux, ne permet leur mise en vigueur qu'à la fin du premier trimestre de chaque année ;

Considérant que, de ce fait, résultent un empiétement forcé d'un exercice annuel sur l'autre et des difficultés de contrôle, qui entravent le bon fonctionnement du service ;

Considérant qu'il y a lieu de réglementer également la confection et la mise en vigueur des listes supplémentaires,

Emet le vœu :

Que les listes d'assistance soient à l'avenir dressées lors de la dernière session des Conseils municipaux, c'est-à-dire en novembre, pour être mises en vigueur au 1er janvier suivant ;

Que les listes supplémentaires soient établis par les Conseils municipaux aux époques suivantes :

La première, lors de la session de février, pour être exécutoire au 1er avril ;

La seconde, lors de la session de mai, pour être exécutoire au 1er juillet ;

La troisième, lors de la session d'août, pour être exécutoire au 1er octobre.

Que les carnets de l'année précédente soient enlevés au moment même où les nouveaux carnets seront distribués et seulement à ce moment ;

Qu'enfin des provisions suffisantes de bulletins de visites soient déposées dans les mairies, afin d'éviter toute irrégularité dans le service médical.

2° Le Syndicat médical du Loiret,

Considérant que le service de l'Assistance médicale gratuite est, dès maintenant, assuré d'une manière convenable par les médecins de nationalité française;

Emet le vœu qu'aucune circonscription nouvelle ne soit établie dans l'avenir en faveur de médecins étrangers et non naturalisés.

3° Le Syndicat médical du Loiret,

Considérant que le service de l'Assistance médicale gratuite peut être assuré d'une manière satisfaisante dans la presque totalité des communes du Loiret par les médecins exerçant dans ce département;

Emet le vœu que les communes, actuellement desservies par des médecins exerçant dans les départements limitrophes, soient confiées aux médecins exerçant dans le Loiret, sous réserve des cas particuliers ou exceptionnels laissés à l'appréciation du Syndicat.

4° Le Syndicat médical du Loiret,

Considérant que la loi sur l'Assistance médicale gratuite autorise l'hospitalisation de tout assisté malade qui ne peut être utilement soigné à domicile ;

Considérant que cette hospitalisation est indispensable pour certains malades privés de famille et abandonnés souvent par tous, soit en raison de la longueur de la maladie, soit en raison de la répugnance provoquée par leur état ;

Considérant, d'autre part, que la présence de ces malades, dans les hôpitaux ordinaires peut créer un danger véritable pour les autres malades ou un encombrement préjudiciable, et que les chefs de service de ces hôpitaux sont fondés à refuser leur admission ou à réclamer leur sortie,

Emet le vœu qu'un ou plusieurs établissements spéciaux soient destinés à recevoir les malades chroniques ou incurables, qui ne pourraient trouver place dans les hôpitaux ordinaires, et néanmoins ne pourraient être soignés à domicile.

5° Le Syndicat médical du Loiret,

Considérant que le règlement du service de l'Assistance médicale gratuite n'accorde pas d'indemnité kilométrique pour les visites faites dans la commune habitée par le médecin et que, dans les autres communes, cette indemnité est calculée seulement de clocher à clocher ;

Considérant que, dans certaines communes, les hameaux sont souvent fort distants de la portion principale et que les malades assistés, habitant ces hameaux, nécessitent pour le médecin des déplacements souvent supérieurs à 3 et 4 kilomètres ;

Emet le vœu que l'indemnité kilométrique soit accordée pour les visites faites dans les hameaux distants de plus de 2 kilomètres de la portion principale de la commune, et dans toutes les communes indistinctement.

Association Amicale.

M. Gassot communique à l'Assemblée générale l'exposé sommaire de la situation de l'Association Amicale des médecins français, à laquelle le Syndicat a accordé son patronage.

L'Association compte 360 adhérents ; elle possède environ 45.000 fr. et elle a déjà distribué pour près de 9.000 fr. d'indemnités.

La situation est donc absolument prospère.

Les membres du Syndicat y sont largement représentés ; les adhésions seront à l'avenir plus nombreuses encore.

(*Applaudissements.*)

Loi sur l'exercice de la Pharmacie.

Le secrétaire expose que la question est toujours en l'état, mais il rappelle que, en 1895, M. le docteur Persillard a déposé, sur le bureau du Conseil général du Loiret, le projet de vœu suivant :

Messieurs,

Le Sénat avait voté une disposition étendant le droit pour les médecins de délivrer des médicaments à leurs malades, mais après le vote d'un paragraphe additionnel, maintenant aux intéressés le bénéfice de la loi de Germinal, il repoussait

l'ensemble de l'article et revenait purement et simplement à cette loi de Germinal, qui donne le droit de délivrer les médicaments aux seuls médecins qui habitent des communes dépourvues d'officines.

C'est dans ces termes que la proposition de loi est revenue devant la Chambre des députés.

L'intérêt général veut qu'on se préoccupe, non pas de la résidence respective du médecin et du pharmacien, mais de celle du malade par rapport à celle du pharmacien, et il paraît qu'une distance de 4 kilomètres est suffisante pour sauvegarder les intérêts de ce dernier.

Il faut, en effet, considérer que le malade, qui aura dû déjà parcourir un chemin plus ou moins long, pour aller chercher le médecin, devra recommencer le même parcours pour se procurer les médicaments; d'où des retards souvent préjudiciables.

Dans ces conditions, j'ai l'honneur, au nom des médecins siégeant an Conseil général du Loiret, de proposer l'adoption du vœu suivant :

Le Conseil général,

Considérant qu'il y a lieu de se préoccuper de l'intérêt du malade,

Emet le vœu :

Que les médecins, quelle que soit leur résidence, aient le droit de porter des médicaments à leurs clients toutes les fois que ceux-ci habitent à plus de 4 kilomètres d'une officine.

Le vœu a été adopté par le Conseil Général.

L'Assemblée décide qu'elle s'associe *pleinement à ce vœu* et adresse des remerciements à M. Persillard.

M. le Docteur Morand, de Pithiviers, est élu Vice-Président du syndicat, pour l'année 1896-1897.

Par acclamations, M. le docteur Gassot, secrétaire trésorier sortant, est maintenu dans ses fonctions pour deux années (1896-1898).

En conséquence, le Bureau du Syndicat médical du Loiret pour l'année 1896-1897 est constitué ainsi qu'il suit :

Président : M. le docteur Halmagrand, *d'Orléans*.

Vice-Président : M. le docteur Morand, *de Pithiviers*.

Secrétaire-Trésorier : M. le docteur Gassot, *de Chevilly*.

Le Secrétaire, A. Gassot. *Le Président*, Halmagrand.

REPORTAGE MÉDICAL

Œuvre des hôpitaux marins. — L'*Œuvre des hôpitaux marins* a pour but de recueillir, soulager et guérir les innombrables pupilles de l'Assistance Publique des départements, ceux qu'on appelait autrefois les enfants trouvés, et qui, nés dans des conditions sociales et matérielles profondément misérables, doivent, pour la plupart, à ces conditions mêmes, quand ils n'en ont pas apporté le germe en naissant, le développement de ces maux dont le nom seul inspire au public autant de répulsion que de pitié ; le rachitisme, la scrofule et la tuberculose. Or, ces maux si variés dans leurs formes, le traitement marin parvient à les guérir. Ces résultats si remarquables, constatés au sanatorium de Banyuls-sur-Mer (Pyrénées-Orientales) et à celui de Saint-Trojan (île d'Oléron), appartenant tous les deux à l'Œuvre, c'est la mer seule qui les fait obtenir.

Un comité de Dames a été constitué afin de coopérer au succès de cette œuvre si humanitaire, sous la présidence de Mme Félix Guyon qui a été chargée de faire appel à la grande famille médicinale de France.

M. le Dr Armaingaud qui a déjà tant fait pour cette œuvre se propose d'entamer en sa faveur une active campagne de propagande.

— *Distinctions honorifiques.* — MM. les Drs Bertrand (de Roanne) et Bourretère (de Dax), membres du Concours médical, viennent d'être nommés officiers d'Académie.

M. le Dr Robert (de Guiscard, Oise), également membre du Concours médical, a reçu une médaille d'argent en récompense du dévouement dont il a fait preuve au cours d'une épidémie.

— *La Subvention Charcot.* — Mme Charcot vient de faire abandon au Budget de la Faculté de médecine de Paris, de la pension annuelle de 2000 fr. que lui servait l'Etat, à condition que celle-ci serait attribuée, aux veuves ou enfants, sous le nom de *Subvention Charcot*, des professeurs ou agrégés de la Faculté de médecine, morts sans fortune ou sans retraite reversible suffisante.

— *XIIe Congrès international de Moscou.* — Immédiatement après le Congrès de Moscou, il sera organisé un train spécial, à l'usage exclusif des Congressistes régulièrement inscrits, pour une *Excursion gratuite* au Caucase.

On visitera Bakou (sources de napthe), Tiflis, Batoum (culture du thé), Soukhoum, Kalé et Novorowsysk. Retour à Moscou.

La nourriture et le logement seront assurés dans le train et les bateaux à vapeur spécialement affrétés à cet effet. — Les faux frais de cette excursion ne dépasseront pas **150** francs par personne, tout compris.

Ce voyage, extrêmement intéressant, sera forcément limité comme places. Aussi engageons-nous tous nos confrères à se faire inscrire dans le plus bref délai possible au Secrétariat général du Comité Français, 14, boulevard Saint-Germain.

Le Secrétaire général,
Marcel Baudouin.

— Vient de paraître à la librairie médicale de Maloine, 21-23-25, place et rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, *Manuel pratique et simplifié d'analyse des urines et autres sécrétions organiques*, par E. Liotard, pharmacien de 1re classe — Lauréat — Ex-Interne des hôpitaux, membre de la Société chimique de Paris et de la Société de Médecine de Nice ; 1 vol. in-18, 1897, avec fig., 2 fr. 50.

— *La croisade antialcoolique à l'école.* — Par arrêté du 9 mars 1897, après avis du Conseil supérieur, le Ministre de l'Instruction publique vient d'introduire, dans les programmes d'enseignement secondaire et primaire, des notions précises sur les dangers de l'alcoolisme au point de vue de la santé, de l'hygiène, de la richesse et de la morale.

— *Laboratoires des Facultés et Ecoles de médecine.* — Le ministre de l'Intérieur a attiré l'attention de son collègue de l'Instruction publique sur un vœu tendant à ce que les laboratoires des Facultés des sciences et des Ecoles de médecine puissent prêter leur concours aux travaux des conseils d'hygiène des départements pour les analyses chimiques et bactériologiques. Il vient d'adresser aux préfets une circulaire les invitant à faire connaître aux municipalités, que lorsqu'elles auront à instruire des projets d'amenée d'eau, elles pourront, pour l'analyse des eaux qu'elles se proposeraient d'utiliser, s'adresser aux laboratoires des Facultés des sciences et des Ecoles de médecine.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues

Dix-Neuvième année N° 16 17 Avril 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Pour l'œuvre des hôpitaux marins.

Parmi les maux, contre lesquels nous luttons journellement, sans cette ardeur que donne la quasi-certitude du succès, il en est peu qui nous causent autant de déboires, que les manifestations ganglionnaires, articulaires, et osseuses de la tuberculose.

Toujours appelés trop tard près des petits malades, surtout quand ils appartiennent à la classe pauvre, souvent précédés, dans l'intervention, par le pharmacien, les commères, le rebouteur, et autres ignares malfaisants, il nous faut, dès l'arrivée, proposer des mesures radicales de grattage, de résection, d'immobilisation prolongée que nous avons parfois les plus grandes peines à faire accepter, et qui n'aboutissent encore qu'à des guérisons très relatives, au point de vue de l'esthétique surtout.

Mais, alors même que nous avons pu parer, de façon rationnelle, aux premiers accidents locaux, nous passons de longs mois dans l'incertitude au sujet des résultats, dans la crainte de manifestations sur d'autres points, dans le sentiment de l'impuissance à instituer ce traitement général efficace, qui nous apparaît comme indispensable.

Personne n'ignore désormais, chez les médecins, que la cure de ces lésions n'a pas d'auxiliaire plus utile que le séjour dans l'atmosphère maritime. Personne n'ignore non plus qu'on en peut même prévenir l'éclosion, en faisant vivre l'enfant au bord de la mer.

Et, cependant, cette indispensable méthode de traitement ne se généralise pas assez.

Pourquoi ?

Laissons nos éternels ennemis, les bavards de toutes sortes, dire que, par suffisance et par intérêt, les médecins préfèrent garder sous leur main ce genre de malades, qui exige tant de soins, et peut rapporter des honoraires sérieux, et passons aux vrais obstacles, que rencontre la généralisation de la cure maritime.

Le premier consiste dans l'éloignement du malade de sa famille, l'hôpital marin n'existant pas encore, à la portée minima de toutes les régions. D'où exil et déplacements lointains qui font reculer.

Pour les petites bourses, nous en trouvons un second dans les frais de séjour à la mer ; et s'il s'agit d'indigents, on sait que les communes veulent que cela ne coûte pas cher.

Mais, il en existe un autre qu'il convient de signaler, parce que nous lui attribuons une importance considérable.

Soit qu'ils n'aient pas une foi assez robuste dans le traitement maritime, soit qu'ils craignent de donner aux familles un diagnostic alarmiste, auquel, des circonstances heureuses, comme il s'en rencontre parfois, infligeraient plus tard un démenti, soit qu'ils redoutent l'apparition d'un confrère capable de s'inscrire en faux contre leur affirmation, beaucoup de médecins ne disent pas avec une suffisante énergie : « La mer seule peut modifier cette constitution débile, et prévenir ou guérir les accidents qui s'y rattachent. »

Cela est un tort : il faut dire ce qui est un fait acquis. Si le gros public ne sait pas encore ce que peut la mer contre les tuberculoses qui frappent les os et les jointures, en laissant, derrière elle, de hideuses difformités, il faut le lui apprendre. Il dépend donc de nous de faire tomber le premier obstacle, résistance à la séparation : c'est une question de conviction et d'éloquence professionnelle à la portée de nous tous : c'est aussi un devoir de conscience, qu'il suffit d'indiquer.

Que si, de plus, nous répondons à l'appel fait aujourd'hui au corps médical par M[me] Félix Guyon, présidente de l'*œuvre des hôpitaux marins*, *en recueillant des souscriptions dans notre clientèle*, nous verrons à son tour disparaître l'empêchement provenant de l'insuffisance des locaux, ou du prix élevé du séjour dans les hôpitaux marins.

Soyons donc encore, chers confrères, les agents zélés d'une bonne œuvre sociale, et d'un progrès sérieux à réaliser. Une croisade de plus ne vous fait pas peur, et s'il faut tendre la main cela ne vous gênera pas cette fois...... car c'est en faveur des petits et des malheureux.

Pour l'œuvre des hôpitaux marins, s'il vous plaît.

H. Jeanne.

LA SEMAINE MÉDICALE

La conférence internationale de Venise.

La peste continue toujours ses ravages dans les Indes et en particulier à Bombay, quoique avec moins d'intensité, grâce aux mesures hygiéniques tentées dans cette ville. Néanmoins les menaces d'invasion du fléau en Europe ont engagé les puissances européennes à réunir leurs délégués médicaux et hygiénistes en une conférence internationale qui s'est tenue à Venise et s'est terminée le 19 mars 1897. M. *Brouardel*, délégué Français, a rendu compte, le 6 avril dernier, à l'Académie de Médecine des principaux travaux de la conférence :

« On se trouvait, a-t-il dit, en présence de deux courants d'opinion absolument opposés, l'un soutenu par l'Angleterre, l'autre par les délégués des puissances méditerranéennes. L'accord s'est fait et la discussion put s'engager sur les moyens d'empêcher la propagation de la peste hors de son foyer épidémique actuel.

« On trouve le microbe de la peste à une profondeur de 4 ou 5 centimètres dans la terre des cases, où ont été soignés les pestiférés, mais il ne semble pas que le microbe se propage facilement en dehors des cases.

« Le principe générateur de la peste est peu résistant à l'air ; la peste ne se propage donc pas facilement. Il résulte de nombreux faits qu'une personne bien portante ne peut pas communiquer la maladie à une autre. Tout dépend des conditions locales.

« La maladie naît dans la saleté et la meilleure prophylaxie consiste dans la propreté. On n'a observé la transmission de la peste, hors de son foyer, que par des personnes malades ou par des objets contaminés.

« Il faut prendre trois sortes de mesures : au moment du départ des bateaux venant des Indes, en cours de route et lors de l'arrivée.

« Au départ, on ne doit laisser embarquer que des personnes saines et désinfecter tous les objets supects.

« En cours de route, les navires doivent avoir à bord des médecins et des étuves pour opérer les désinfections. Une visite médicale est faite à Suez par un médecin européen. S'il n'y a pas eu d'accident au cours de route, le navire traverse le canal en quarantaine, sans avoir aucune communication avec l'Egypte. S'il y a eu des accidents à bord, les malades sont débarqués et la quarantaine continue pendant dix jours.

« Il est convenu qu'il y aura à l'entrée du golfe Persique une station sanitaire analogue à celle de Suez, avec tous les moyens de désinfection.

« Lors de l'arrivée, toutes les mesures nécessaires doivent être prises, mais il faut bien se garder des exagérations.

« Les mesures à prendre sur terre sont basées sur celles recommandées par la conférence de Dresde contre le choléra, avec cette différence qu'il faut dix jours de quarantaine pour la peste, au lieu de 5 pour le choléra.

FEUILLETON

L'automobilisme (1).

Malgré leur apparence encore rébarbative, malgré leur parfum quelquefois douteux, les voitures sans chevaux ont conquis presque définitivement la faveur du grand public. Il consent à fermer les yeux sur les quelques défauts qui, disons-le bien vite, s'atténuent sans cesse, grâce à nos constructeurs, pour ne les ouvrir que sur les qualités de ces véhicules ; il excuse les inconvénients, moins nombreux chaque jour, de ce mode de traction et apprécie à leur juste valeur les avantages immédiats qu'il trouve.

La locomotion automobile sur routes se présente, en effet, sous des aspects particulièrement séduisants ; appelée à remplacer le cheval, la traction mécanique a, sur la traction animale, une supériorité incontestable :

1° La dépense est nulle quand la machine ne fonctionne pas ;

2° Les parcours auxquels elle donne lieu sont indéfinis, peuvent se renouveler presque sans limite ;

3° Les vitesses fournies ne sont atteintes par aucun animal, même pour un temps très court ;

4° La question, même, des réparations semble pouvoir être résolue plus pratiquement.

Nous pouvons ajouter que la nourriture d'un cheval, étant de nature végétale, est prise, indirectement, sur la nourriture humaine ; tandis que la consommation d'une machine à pétrole par exemple, ne retire rien, que je sache, à notre nourriture, au moins jusqu'à présent.

Enfin les sabots du cheval détériorent bien autrement une route que n'importe quelle roue, même non caoutchoutée, et pourvu que la jante soit suffisamment large, d'une voiture automobile. On pourrait presque dire, si l'on part de ce principe, que le rouleau compresseur améliore les routes en aplanissant leur surface : la circulation des automobiles doit suffire à leur entretien et contribuer à leur embellissement.

Nous n'irons pas jusqu'à prétendre que l'introduction des automobiles, dans l'industrie des transports, doive avoir, comme effet, de faire disparaître la race chevaline. Que n'a-t-on pas dit à ce sujet lors de l'apparition des chemins de fer, et qui ne sait jusqu'à quel point les prévisions les plus pessimistes ont été trompées !

Avant d'aborder l'historique de la locomotion automobile, il n'est pas superflu de donner quel-

(1) Conférence faite à l'Association pour l'avancement des sciences, par M. Léon Béguin, ancien élève de l'Ecole polytechnique, Directeur-propriétaire de la *Locomotion automobile*, 4, rue Chauveau-Lagarde.

« Les mesures prises par la conférence de Venise nécessitent des dépenses assez considérables, mais ces dépenses sont soldées par les droits de navigation.

« La convention a été signée à Venise, le 19 mars 1897, par les représentants de la plupart des puissances ; les délégués de la Suède, du Danemark et des Etats-Unis n'avaient pas les pouvoirs suffisants pour signer, mais l'adhésion de ces puissances ne paraît pas faire de doute. On a obtenu, de même, de la Grande-Bretagne, l'interdiction des pèlerinages partant des Indes pour aller à la Mecque. On a obtenu la même chose du sultan du Maroc. Le pèlerinage de la Mecque ne comprendra donc, cette année, que des sujets immédiats du sultan de Turquie ; tous les pèlerins viendront de pays non contaminés » (1).

Coïncidence de la tuberculose et de la fièvre typhoïde.

On cherche souvent, dans les traités classiques, à établir le diagnostic entre la dothiénentérie et la granulie, et l'on admet généralement que l'une exclut fatalement l'autre ; de sorte qu'en présence d'un malade atteint d'une fièvre intense, continue, avec état typhoïde, on cherche toujours à différencier la granulie de la dothiénentérie, sans soupçonner même, que la différenciation est parfois impossible, puisque les deux affections peuvent exister simultanément chez le même sujet : c'est du moins ce que vient de nous apprendre la nouvelle méthode de M. Vidal, le *séro-diagnostic*.

MM. L. *Guinon* et *Meunier* nous rapportent une observation bien intéressante à ce sujet, qu'ils ont communiquée à la Société médicale des Hôpitaux :

Un enfant de 8 ans entre à l'hôpital avec des signes manifestes de tuberculose pulmonaire en voie d'évolution. Son aspect général, sa température, les résultats fournis par l'auscultation ne laissent au diagnostic aucune hésitation. Après une courte rémission, la température se relève et dessine pendant 15 jours une courbe *cyclique* terminée par de grandes oscillations ; pendant cette période, l'amaigrissement extrême du petit malade, l'extension progressive des signes pulmonaires, râles et souffle, la turgescence du foie et de la rate, le développement des groupes ganglionnaires, répondent si parfaitement à l'hypothèse d'une tuberculose subaiguë que ce diagnostic, posé dès le début, n'est pas mis en question.

Cependant, apparaît, à la fin de la courbe cyclique, un stade amphibole, puis une éruption de taches rosées (13e jour) ; ces deux phénomènes éveillent un doute dans notre esprit et, malgré l'absence de tout symptôme intestinal, nous nous demandons si nous n'avons pas méconnu une fièvre typhoïde. Le séro-diagnostic, pratiqué à plusieurs reprises, donne en effet un résultat nettement positif.

A peine, avions-nous accepté ce nouveau diagnostic, espérant une guérison que la courbe thermique semblait déjà annoncer qu'une nouvelle poussée fébrile se développa, accompagnée de signes pulmonaires de plus en plus inquiétants. S'agit-il maintenant d'une rechute de la fièvre typhoïde, ou n'est-ce point là plutôt une nouvelle poussée aiguë de tuberculose, mettant en question la légitimité du séro-diagnostic ? La mort, survenue quelques jours plus tard, devait seule nous permettre d'éclaircir ce problème déconcertant.

L'autopsie nous mit en face d'une granulie typique : poumons, plèvres, méninges, reins, foie

(1) La *France Médicale*.

---

ques indications sommaires, qui éclaireront ce qui va suivre.

— Une voiture automobile se compose de trois parties essentielles : 1° le châssis sur lequel s'adapte la caisse ; c'est cette caisse que voit le public, et qui parfois trop exclusivement décide son choix ; 2° la machine produisant l'énergie, avec ses transmissions ; elle est placée sur le véhicule de diverses façons ; 3° enfin les roues qui, motrices ou directrices, portent tout cet ensemble. Les appareils de commande de la machine et des roues doivent être placés à portée de la main.

Chacune de ces parties a sa destination spéciale. Nous tenons à ce que la caisse soit élégante et confortable à la fois ; nous demandons à la machine d'être particulièrement soignée, étant l'âme du système ; il n'est pas jusqu'aux roues qui n'aient aussi leur importance, devant être tout ensemble robustes et dociles.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur les détails qui sont affaire de carrosserie, et nous aborderons la question des moteurs.

— On emploie actuellement trois sortes de moteurs : ceux à vapeur, ceux à air carburé, enfin les moteurs électriques.

Dans le moteur à vapeur, le charbon donne par sa combustion l'énergie nécessaire, l'eau est l'intermédiaire dont la vapeur travaille dans les cylindres.

Dans les moteurs à air carburé, le pétrole réduit en vapeur et mélangé à l'air, donne par son explosion la force qui, agissant sur les pistons, communique le mouvement à la voiture.

Enfin, dans le moteur électrique, on utilise le courant qui pourrait être produit par une pile primaire puissante (chaque jour on nous annonce qu'elle est enfin trouvée), mais qui, à l'ordinaire, est fourni par des accumulateurs.

Laissons de côté le moteur à vapeur, aujourd'hui bien connu, et qui offre, malgré ses menus inconvénients, de si grands avantages ; laissons le moteur électrique, malheureusement encore peu pratique ; mentionnons seulement les machines diverses, à poudre, à acétylène, à acide carbonique liquide, etc., qui, certes, ont aussi leur intérêt, et parlons un peu du moteur si commode qui emprunte son énergie à un produit d'usage courant, bon marché et facile à transporter.

—Les moteurs à pétrole, ou plutôt à air carburé, employés sur les voitures sans chevaux, sont de deux types : le type *Daimler* et le type *Benz*, du nom de leurs inventeurs ; hâtons-nous de dire que les dérivés de ces modèles primitifs sont nombreux et variés.

L'air carburé, nous l'avons dit, est un mélange d'air et de vapeur d'essence, qui possède la propriété de détoner au contact d'une flamme ; le maximum d'inflammabilité a lieu pour une pro-

et rate présentaient le semis caractéristique des granulations miliaires et quelques tubercules plus âgés, siégeant dans le poumon, montraient par leur ramollissement que ce point de départ de la généralisation était sans doute la tuberculose pulmonaire diagnostiquée dès le début. Quant à l'intestin, sur lequel se porta toute notre attention, il présentait quelques petites ulcérations offrant tous les caractères de l'ulcération tuberculeuse du type lenticulaire, avec granulations grises sur le feuillet péritonéal. Nous pûmes nous assurer par l'examen histologique qu'il s'agissait bien de lésions tuberculeuses : les parois de l'ulcération étaient parsemées de granulations jeunes et fourmillaient de bacilles de Koch ; enfin, la dégénérescence caséeuse des ganglions mésentériques témoignait également en faveur de la nature de l'entérite. La granulie était évidente partout, la tuberculose indiscutable.

Le séro-diagnostic nous avait-il donc induits en erreur ? La bactériologie, interrogée à son tour, nous prouva que la réaction agglutinante avait été parfaitement légitime : les ensemencements de la *pulpe splénique*, du suc pulmonaire et du liquide pleural nous fournirent en effet des cultures d'un bacille qu'une identification rigoureuse nous montra être du bacille d'Eberth. L'infection typhique, dénoncée par la courbe cyclique et les taches rosées, puis affirmée par le séro-diagnostic, était donc bien réelle ; seulement elle avait été noyée dans l'évolution plus tumultueuse de la tuberculose aiguë, et, déjà presque effacée au moment de la mort, elle eût sans doute été écartée par nous, si l'examen bactériologique ne nous en avait révélé l'agent spécifique dans plusieurs organes.

En présence des objections formulées par M. *Rendu* au sujet de la sûreté du séro-diagnostic et de la possibilité de la coexistence de la granulie et de la fièvre typhoïde, M. *Chantemesse* affirme qu'en général, l'absence de séro-diagnostic implique l'exclusion du diagnostic de fièvre typhoïde ; que, d'autre part, une séro-réaction franche, nette, rapide, donne en faveur du diagnostic de fièvre typhoïde des probabilités qui s'approchent de la certitude.

Ce n'est pas toujours dans les cas les plus graves qu'elle se manifeste avec le plus d'intensité. Cette réaction n'est pas un phénomène d'immunité, mais bien un phénomène d'infection, ou, plus exactement, le résultat d'une intoxication par la toxine soluble sécrétée par le bacille d'Eberth. En effet, si on injecte dans la veine d'un animal sain, dont le sérum ne présente aucune propriété agglutinative, une petite quantité de toxine typhoïde soluble, débarrassée de tout microbe par la filtration à travers la porcelaine, on constate, au bout de trois ou quatre jours, que le sérum a acquis une propriété agglutinative très manifeste.

Ce qui démontre encore que la séro-réaction n'est pas une qualité inhérente à l'immunité, c'est que le sérum des animaux vaccinés contre la toxine typhoïde soluble n'a pas une propriété agglutinative marchant de pair avec le degré de son immunité. Chez un animal solidement immunisé, la séro-réaction va s'affaiblissant à partir des dernières inoculations de toxine, tandis que l'immunité ne fait que s'accroître.

Les hémorragies vulvo-vaginales chez les petites filles.

La vulvo-vaginite, si fréquente chez les petites filles du peuple mal tenues, provoque parfois, non seulement de la leucorrhée et de la blennorrhée, mais encore de petites hémorragies qui ne sont

---

portion déterminée de mélange, et c'est cette proportion qu'il faut atteindre pour que la force expansive soit la meilleure possible.

L'air carburé est d'ailleurs obtenu dans le carburateur, sorte de boîte où l'augmentation des surfaces de contact facilite, pour l'air, qui y est admis, l'absorption des vapeurs d'essence.

L'inflammation est produite soit par une étincelle électrique, soit par un brûleur à pétrole, ces deux systèmes ayant chacun leurs détracteurs et leurs partisans.

Pour le premier, type Daimler, c'est dans un espace mort laissé par le piston à bout de course que s'effectue la compression du mélange tonnant ; on dit que ce moteur est à quatre temps ; voici comment il faut interpréter cette expression : pendant la première course, le piston aspire le mélange ; dans la seconde, il revient sur ses pas et le comprime dans l'espace mort ; aussitôt le passage du point mort, le mélange tonnant est enflammé et pousse le piston, troisième course, en produisant seulement alors du travail moteur ; enfin, dans la quatrième course, le piston, grâce à la force vive du volant, expulse dans l'atmosphère la plus grande partie des gaz brûlés et la machine se retrouve dans l'état du début.

Pour le second type Benz, à deux temps, la différence est que la compression se faisant dans un cylindre spécial, l'arbre moteur reçoit cette fois une impulsion par tour ; le cylindre ayant été chargé du mélange détonant sous pression, l'explosion a lieu sous l'influence d'une étincelle électrique ; la détente se produit, le piston revient sur lui-même, la soupape d'évacuation se soulève et fait communiquer l'intérieur du cylindre avec l'atmosphère, puis une autre soupape se soulève et projette à l'intérieur du cylindre de l'air comprimé qui sert à expulser les gaz brûlés. Dire lequel est le meilleur, du moteur type Daimler ou du moteur type Benz, est fort délicat. On peut affirmer, dans tous les cas, que les deux sont bons, quand ils sont sérieusement construits et essayés.

— Ajoutons, en passant, que des recherches très sérieuses sont faites actuellement pour résoudre la question délicate de la machine rotative. Elle présente, en effet, de grands avantages sur la machine alternative, elle n'a pas de point mort, ne nécessite aucun volant, enfin la rotation détermine moins de trépidation, puisqu'il n'y a plus lieu à transformation du mouvement.

On a trouvé des solutions approchées du moteur rotatif en réalisant des moteurs pseudo-rotatifs qui, par exemple, ont plusieurs cylindres symétriquement disposés autour de l'arbre, leurs pistons attaquant une manivelle unique.

On dit qu'un moteur a une puissance de 2 chevaux, 3 chevaux, etc., par heure, quand il peut accomplir dans ce temps deux fois, trois fois 75

pas sans inquiéter beaucoup les parents et qui peuvent amener de grossières erreurs judiciaires par l'hypothèse d'un viol. C'est surtout la vulvo-vaginite à gonocoques qui donne lieu à ces hémorragies vaginales ou uréthrales. On remarquera, presque toujours, que le suintement sanguin ne se fait pas par le vagin que ferme l'hymen intact, mais bien réellement par le méat urinaire.

L'examen de la vulve montre que tout est normal, sauf au méat urinaire, où se montre un petit bourrelet rouge enflammé. Il y a un prolapsus léger et circulaire de la muqueuse uréthrale. Il suffit de cautériser le bourrelet pendant trois jours avec une solution de nitrate d'argent à 1 p. 100 pour arrêter l'hémorragie.

Tel est le processus uréthral au premier degré ; s'il était négligé, on pourrait avoir une tumeur fongueuse et violacée atteignant le volume d'une noisette ou d'une noix. Les symptômes qui attirent l'attention sont : écoulement de pus et de sang, dysurie, gêne dans la marche.

D'après une statistique de Kleinwœchter, 66 % des sujets atteints de prolapsus uréthral ont de 1 à 15 ans ; 22 % ont de 47 à 75 ans ; c'est donc aux extrêmes de la vie qu'on rencontre l'affection.

Les causes, chez l'enfant, sont les efforts de toux, la vulvite avec uréthrite et dysurie. Quand la tumeur est grosse et irréductible, il faut l'exciser au bistouri avec suture exacte. Quand il n'y a qu'un léger gonflement, la cautérisation au nitrate d'argent suffit.

Chez les jeunes filles, on observe parfois un degré de prolapsus plus avancé, qui se manifeste d'abord par une petite tumeur ou de petits bourgeons latéraux à l'embouchure de l'urèthre. Puis la muqueuse fait fortement saillie et peut devenir irréductible. A la période d'état, on constate au niveau du méat urinaire, une tumeur vasculaire de couleur rouge sombre, variant du volume d'un grain de chènevis à celui d'un œuf de pigeon. Son volume augmente par les efforts et par la miction. L'orifice de l'urèthre est situé au centre de cette tumeur. Les symptômes causés par cette lésion sont des *douleurs* et des *hémorragies*. Mais les hémorragies sont seules constantes ; elles se produisent au moindre attouchement et peuvent être très abondantes.

Le traitement sera médical au début, quand le prolapsus est peu prononcé et réductible. Quand la tumeur sera irréductible, elle devra être excisée au bistouri et détruite par le thermocautère ou par le galvanocautère.

En résumé, il faudra compter désormais avec les hémorragies vulvaires, qui peuvent accompagner la vulvo-vaginite des petites filles. Il faudrait bien se garder de prendre ces hémorragies pour de véritables métrorragies pathologiques ou pour des exemples de menstruation prématurée ; cette erreur a été commise souvent : il est facile de l'éviter aujourd'hui par un examen local.

Dans la vulvo-vaginite gonococcique des petites filles, l'inflammation peut se prolonger du vagin à l'urèthre, remontant plus ou moins loin dans ces deux directions.

Quand l'inflammation se propage à l'urèthre, elle détermine, quelquefois, un bourgeonnement de la muqueuse du méat ou un renversement, un prolapsus de la muqueuse uréthrale.

Il est facile de s'assurer que l'hémorragie part de là, et que l'orifice vaginal ne livre passage à aucun flux sanguin.

Cette petite complication de la vulvo-vaginite infantile n'est pas grave, la perte de sang n'est jamais très abondante, et les cautérisations de la surface saignante, combinées, avec des lava-

---

kilogrammètres, le kilogrammètre étant à son tour le travail nécessaire pour soulever 1 kilogramme à la hauteur de 1 mètre.

Enfin, les transmissions du mouvement de l'arbre moteur aux roues se font, soit par chaînes, soit par courroies, soit par pignons d'angle. Inutile de mentionner que la lutte est ardente entre ces divers systèmes, et que le problème n'est pas d'ailleurs complètement résolu.

Abordons maintenant l'historique de la locomotion automobile sur routes ; il faut remonter bien loin dans l'histoire pour en trouver la première idée, puisque Bacon, vers 1250, en Angleterre, osa prédire la future construction de voitures sans chevaux.

C'est plus tard seulement que l'on commença vaguement à se préoccuper de cette réalisation ; à Denis Papin revient l'honneur, après avoir essayé une machine à explosion par la poudre, d'avoir reconnu la force élastique de la vapeur d'eau qui, disait-il, « fait ressort comme l'air et se condense par le froid. Si bien qu'il ne reste plus une apparence de la force de ressort ».

La vapeur fut exclusivement employée pendant longtemps et l'application des autres sources d'énergie ne date que d'hier. En tête des premiers projets, il faut signaler, à titre de simple curiosité, ceux qui s'inspirèrent de l'éolipyle à réaction. Tout le monde connaît, pour l'avoir vu dans les cabinets de physique, ce jouet automobile qui fonctionne par réaction de vapeur. Newton, notamment, indiqua le moyen de construire un véhicule mû de cette façon.

Il est superflu de mentionner que tous ces rêves ne donnèrent lieu qu'à des modèles peu susceptibles d'application pratique, à cette époque surtout. Le principe a été repris depuis dans les turbines à vapeur multiples, à l'effet d'actionner nos dynamos.

Sans parler plus longuement des quelques inventions sans intérêt, qui marquèrent ce commencement du XVIIIe siècle, nous arrivons tout de suite à la première voiture automobile ayant vraiment marché, et dont l'honneur, hâtons-nous d'en féliciter notre pays, revient à un ingénieur français.

Nicolas-Joseph Cugnot était officier d'artillerie ; il trouva en 1769 le moyen d'adapter un moteur à un véhicule qu'il destinait, je pense, à charrier des canons ou autres objets pesants.

Il existe, à ce sujet, au Conservatoire des Arts-et-Métiers, un document qui en fait foi et mérite d'être cité. C'est un rapport du 4 pluviôse an VII adressé au ministre de la guerre par Roland, commissaire général de l'artillerie et ordonnateur des guerres.

« *Rapport du Commissaire Roland.* — Citoyen ministre, en 1769, un officier suisse nommé Planta proposa, au ministre Choiseul, plusieurs inventions, parmi lesquelles une voiture mue par l'effet de la vapeur d'eau produite par le feu.

« Le général Gribeauval ayant été appelé pour examiner le prospectus de cette invention, et ayant reconnu qu'un nommé Cugnot, ancien ingénieur chez l'étranger, et auteur de l'ouvrage intitulé : *Fortification de campagne*, s'occupait alors d'exécuter à Paris une invention semblable, détermina l'officier suisse Planta à en faire lui-même l'examen.

« Cet officier l'ayant trouvée, de tous les points

ges antiseptiques, amènent rapidement la guérison.

Les pieds bots.

D'après M. *Gilles de la Tourette*, le pied bot, aussi bien celui de l'enfant, que celui de l'adulte, est une résultante, un *trouble trophique qui prend sa source dans le système nerveux*. L'*Echo médical de Lyon* résume son travail de la façon suivante :

Il existe deux grandes variétés de pieds bots congénitaux : les pieds bots *sans impotence*, les pieds bots *avec impotence*, soit flasque, soit spasmodique, des membres inférieurs.

Ces variétés ont une commune origine : les lésions du système nerveux central ou périphérique. Cette origine, pour les pieds bots avec impotence, de la variété spasmodique, est facile à démontrer : les lésions trouvées à l'autopsie siègent soit au niveau des circonvolutions motrices, soit au niveau du cordon pyramidal arrêté dans son développement.

Les pieds bots avec impotence, de la variété flasque, sont aussi dus à l'action du système nerveux. Il cite un cas de pied bot avec spina bifida.

L'origine médullaire des pieds bots congénitaux sans impotence, est encore démontrée par les autopsies. Velpeau avait émis cette hypothèse, défendue par Lannelongue, et mise en évidence par Michaud, qui a trouvé une sclérose de la moelle, à la région dorsale, sclérose intéressant surtout les cornes antérieures.

M. G. de la Tourette assimile la luxation congénitale au pied bot ; il l'appelle, le pied bot de l'articulation coxo-fémorale, en se fondant sur la pathogénie.

La déformation peut rester le seul signe d'une lésion médullaire qui a évolué, pendant la vie intra-utérine et s'est éteinte, au point que rien ne la révèle, si ce n'est le pied bot lui-même.

Enfin, comme dernier argument de l'origine médullaire des pieds bots congénitaux, il s'appuie sur le fait que les pieds bots de l'enfant ou de l'adulte, sont dus à une maladie du système nerveux.

Cette étude pathogénique peut avoir une influence heureuse sur la thérapeutique générale des pieds bots.

Les pieds bots congénitaux, sans impotence, sont justiciables de la seule thérapeutique chirurgicale. Relativement au moment d'opérer, l'auteur pense qu'il n'est pas utile d'opérer avant que l'enfant essaye de faire ses premiers pas.

Dans la variété de pieds bots avec impotence spasmodique, les lésions osseuses ou tendineuses sont rares, non congénitales dans la majorité des cas. La forme en équin direct est la règle. Ils passent souvent inaperçus à la naissance ; lacune d'un diagnostic regrettable, car avec l'âge, l'équin se transforme en varus ; il se produit des rétractions fibro-tendineuses bien plus que des lésions osseuses qui nécessiteront la correction chirurgicale du pied bot, alors qu'une prophylaxie bien entendue eût facilement évité une intervention opératoire. Celle-ci est subordonnée à des considérations d'opportunité, parmi lesquelles la persistance ou l'atténuation de l'état spasmodique occupent la place prépondérante. On doit se rappeler que l'état spasmodique a une tendance à disparaître de haut en bas, que cette amélioration spontanée peut être aidée, dans le cas d'hérédo-syphilis, par un traitement mercuriel, combiné à de faibles doses d'iodure.

Dans les *pieds bots non congénitaux*, le rôle du système nerveux est capital dans leur production ; l'impotence d'ordre spasmodique ou paralytique existe ou a existé à un moment donné.

Dans la variété spasmodique, se place le pied

---

préférable à la sienne, le ministre Choiseul autorisa Cugnot à exécuter, aux frais de l'Etat, celle par lui commencée en petit.

« Mise en présence de ce ministre, du général Gribeauval et de beaucoup d'autres spectateurs, et chargée de quatre personnes, elle marchait horizontalement, et j'ai vérifié qu'elle aurait parcouru 1.800 et 2.000 toises (4 kil.) par heure, si elle n'avait éprouvé d'interruption.

« Mais la capacité de la chaudière n'ayant pas été proportionnée avec assez de précision à celle des pompes, elle ne pouvait marcher de suite que pendant la durée de douze à quinze minutes seulement, et il fallait la laisser reposer à peu près la même durée de temps, afin que la vapeur de l'eau reprît sa première force ; le four, étant d'ailleurs mal fait, laissait échapper la chaleur ; la chaudière paraissait aussi trop faible pour soutenir, dans tous les cas, l'effet de la vapeur.

« Cette épreuve ayant fait juger que la machine exécutée en grand pouvait réussir, l'ingénieur Cugnot eut ordre d'en faire construire une nouvelle qui fut proportionnée, de manière que, chargée d'un poids de huit à dix milliers, son mouvement pût être continué pour cheminer à raison d'environ 1.800 toises à l'heure.

« Elle a été exécutée vers la fin de 1770 et payée à peu près 22.000 livres.

« On attendait les ordres du ministre Choiseul pour en faire l'essai, et pour continuer ou abandonner toutes recherches sur cette nouvelle invention ; mais ce ministre ayant été exilé peu après, la voiture est restée là, et dans un couvert à l'Arsenal.

« Pendant la durée de la Terreur, un comité révolutionnaire voulut s'emparer de cette voiture pour en faire de la ferraille : je chassai de l'Arsenal ce comité, et la voiture y a été conservée. »

Le *fardier* de Cugnot était monté sur trois roues et se composait :

1° D'un solide cadre en charpentes ;

2° D'un bâti en fer forgé portant la chaudière et une machine à deux cylindres, tout cet ensemble reposant sur l'essieu de la roue d'avant, à la fois directrice et motrice, par deux sortes de plaques de garde.

Sans entrer dans les détails, la machine de Cugnot était une *machine à haute pression pour l'époque, à double effet et peut-être à détente variable.*

Telle qu'elle était, elle était bien comprise ; tellement qu'elle manqua le but de son inventeur en le dépassant, si on peut dire, puisque, d'après Pouillet, professeur, administrateur du Conservatoire des Arts-et-Métiers, la voiture en question *acquit une telle vitesse dans l'essai, qu'elle renversa un pan de mur qui se trouvait sur son passage.*

Il convient d'ajouter que la voiture de Cugnot est placée depuis 1801 dans les collections du Conservatoire où on peut la voir fort bien conservée. Peut-être avec quelques réparations pourrait-on la faire manœuvrer et répéter, sauf l'accident bien entendu, l'expérience qui, malgré tout, a immortalisé Cugnot.

L. BEGUIN.

(A suivre.)

bot de l'hémiplégie spasmodique infantile, qui mérite d'être respecté, parce que les contractures persistent ; il en est de même dans celui de la sclérose en plaques, de la syringomyélie, parce qu'il ne se produit que si l'impotence est complète et qu'il est inutile d'intervenir sur un pied frappé d'impotence. Lorsque la contracture s'atténue, l'intervention est indiquée: ainsi dans la paraplégie spasmodique du mal de Pott et de la pachyméningite cervicale hypertrophique, dans le pied bot hystérique.

Dans les paralysies flasques, dont la paralysie infantile constitue le type, le pied bot se produit parce que certains groupes musculaires sont respectés et d'autres non respectés, et que l'équilibre n'existe plus. Dans ces pieds bots, l'orthopédie rend plus de services que la chirurgie. Cependant la greffe d'une portion de muscle sain sur le tendon d'un muscle paralysé d'après le procédé de Nicoladoni et de Drobnik, peut amener le rétablissement des mouvements.

Dans les pieds bots de la maladie de Friedreich, dans ceux de l'ataxie locomotrice, rien à tenter.

Dans la variété paralytique, les pieds bots surviennent sous l'influence des névrites périphériques liées à l'action d'agents toxiques (alcool, arsenic), ou d'infections plus ou moins déterminées (névrites puerpérales). Dans ces paralysies, en protégeant les pieds, avec un cerceau, en les mobilisant matin et soir, en les maintenant pendant la nuit à angle droit dans une gouttière amovible, on évitera tout pied bot. Si cependant, il se produit, on doit intervenir chirurgicalement. Section du tendon, immobilisation ; l'appareil enlevé, mobilisation des articulations.

Les déformations en valgus comprennent le plus grand nombre des pieds plats douloureux des adultes. Le pied plat est congénital : il devient douloureux sous l'influence d'une arthrite subaiguë et de l'inflammation des synoviales et bourses séreuses de l'avant-pied et du talon, inflammation qui respecte l'articulation tibiotarsienne. Cette arthrite est d'origine blennorrhagique. Puis, il survient des crampes douloureuses des muscles de la région antéro-externe de la jambe, empêchant la marche. Ces considérations s'appliquent également au pied creux valgus.

Le traitement consiste à soigner la blennorrhagie, et à confiner le malade au lit, sans lui permettre de poser les pieds à terre. Après un mois, le gonflement disparaît et les crampes s'atténuent ; la marche devient possible.

Lavements salés dans les grandes hémorrhagies.

M. le Dr *Mitour* a publié, dans la *Médecine moderne*, plusieurs cas semblant montrer que, parfois, tout au moins, les lavements, à condition qu'on les donne en très grande quantité, pouvaient suppléer les injections sous-cutanées :

Ayant observé chez des malades très anémiés et en état de défaillance, que des lavements alimentaires étaient absorbés et produisaient rapidement une sensation marquée de bien-être avec régularisation du pouls, M. Mitour a pensé pouvoir mettre à profit cette observation.

Aussi, dans plusieurs cas, où des hémorrhagies successives et copieuses avaient presque anéanti les malades, il donna, de parti pris, des lavements salés, des lavements laiteux ou des lavements de bouillon. Une série de 5 cas très graves, suivis de succès, l'autorise à espérer qu'il est possible de généraliser cette méthode. Cette série comprend :

1° 3 hémorrhagies graves d'origine *ulcus simplex* ;

2° 1 hémorrhagie utérine ;

3° 1 hémorrhagie d'origine hémorrhoïdaire.

Il a eu encore à observer un cas d'épistaxis très rebelle où cette méthode a amélioré l'état de la malade.

M. Mitour pense que ces lavements salés doivent être donnés même pendant la syncope, les défaillances, et dès que l'hémorrhagie cesse un peu.

Il a remarqué qu'ils calment l'hémorrhagie et deviennent ainsi d'utiles adjuvants des hémostatiques. De plus, l'eau salée, une seringue, se trouvent partout et tout le monde peut exécuter la prescription du médecin.

Méthode des lavements salés :

1° Lavement évacuateur d'eau tiède quelques minutes avant le lavement médicamenteux.

2° *Lavements médicamenteux* à garder au moins une demi-heure : eau tiède de 1 verre à 1 litre ; sel marin, d'une demi-cuillerée à café à une forte cuillerée à café.

A donner un toutes les heures et même toutes les demi-heures, le premier jour, dans les cas graves ; toutes les deux heures, le deuxième jour ; toutes les six heures, le troisième jour.

3° On alterne ces lavements salés avec des lavements alimentaires (2 par jour). Lavement alimentaire à garder : lait bouilli écrémé et tiède (1 à 2 verres), sel marin une demi-cuillerée à café, jaune d'œuf n° 1.

4° On peut remplacer ces lavements de lait par des lavements de bouillon dégraissé qui sont mieux tolérés.

CHIRURGIE PRATIQUE

Tuberculose osseuse. — Tuberculose vertébrale.

Suivant toujours scrupuleusement notre ordre chronologique, dans la description de la tuberculose humaine, et passant d'abord en revue les localisations du bacille de Koch chez l'enfant, nous abordons, aujourd'hui, l'étude de la tuberculose osseuse. Pour plus de clarté, nous diviserons ce travail en trois chapitres : *La tuberculose vertébrale, la tuberculose des os longs des membres, la tuberculose des petits os, et en particulier le spina ventosa.*

La tuberculose vertébrale porte le nom du chirurgien anglais qui l'a le plus étudiée, PERCIVAL POTT, 1792 ; on la désigne sous le nom de *mal de Pott.*

Nous serons brefs sur l'étiologie et l'anatomie pathologique de cette grave affection, pour nous attacher à développer la partie clinique et la partie thérapeutique qui vient de faire de récents progrès.

I.

Les causes du mal de Pott sont celles de la tuberculose en général : 1° infection par le ba-

cille de Koch, due, soit à la contagion par l'air, soit à l'inoculation par les ingesta, ou le contact direct d'un foyer tuberculeux ; 2° terrain affaibli, lymphatisme, et lieu de moindre résistance, causé par les traumatismes, coups, chutes, etc. — La localisation des foyers bacillaires peut se faire sur toutes les régions de la colonne vertébrale (cou, dos, lombes, sacrum) et sur les différentes parties constituantes des vertèbres (corps, apophyses, lames, disques inter-vertébraux et articulations apophysaires et costales). Comme toujours, les foyers tuberculeux sont constitués par des amas de granulations grises, formées elles-mêmes de follicules tuberculeux. Ces foyers caséeux se ramollisent, tandis qu'ils provoquent autour d'eux un important travail de destruction, d'atrophie, de raréfaction osseuse et d'ostéite chronique de voisinage ; ce ramollissement aboutit à la formation d'une excavation plus ou moins vaste dans le tissu osseux du corps, de la lame ou de l'apophyse vertébrale, et à l'effondrement du tissu osseux, ainsi miné sourdement. Cet effondrement produit naturellement un changement de direction et de rapports de la région rachidienne atteinte, qui constitue la *bosse*, la gibbosité. La gibbosité est formée soit par l'effondrement d'une seule vertèbre, soit par le tassement de deux ou trois vertèbres malades. Là d'ailleurs, ne s'arrêtent pas les lésions ; la gibbosité n'est qu'un accident de carie, d'affaissement osseux ; mais, on peut alors voir survenir deux sortes de lésions provoquées par la tuberculose d'une part et par les déplacements osseux d'autre part ; ce sont : les *abcès migrateurs et les paralysies*. Les abcès formés par le ramollissement des tubercules caséeux, se dirigent dans les gaines musculaires ou le long des faisceaux vasculaires, se frayant un passage, soit directement en arrière vers la peau des gouttières vertébrales, soit, plus souvent, à travers l'abdomen, en bas et en avant vers le psoas iliaque, se remplissant de pus au fur et à mesure qu'ils cheminent et aboutissent finalement à la région inguinale ou à la région fessière, pour s'ouvrir à la peau. Cette migration est souvent fort longue et peut entraîner, pendant qu'elle s'effectue, nombre de troubles de compression, rénale, intestinale, veineuse, urétéro-vésicale, nerveuse (anurie, hydronéphrose, occlusion intestinale, œdème des membres inférieurs, névralgies, sciatique, etc.). Les abcès ont généralement une paroi assez épaisse pour résister au travail perforateur du pus, jusqu'à son issue à travers la peau ; cette paroi peut même longtemps résister, alors que l'abcès est à fleur de peau et emprisonner le pus pendant des mois, si on ne lui donne pas issue par une intervention chirurgicale ou si un traumatisme n'amène pas une poussée inflammatoire intense. Cependant, parfois la perforation peut se produire dans l'abdomen, soit dans le péritoine (péritonite suraiguë), soit dans un viscère qui aura pris des adhérences avec l'abcès (vessie, intestin, vagin et utérus).

Les paralysies et troubles nerveux sont dus le plus souvent à la compression directe de la moelle épinière par les vertèbres effondrées et affectant une direction angulaire au lieu d'une direction presque rectiligne ; mais, les accidents médullaires (paraplégie, paralysie rectale et vésicale, irritation spinale, exagération des réflexes, etc.) peuvent être dus à la pachy-méningite chronique tuberculeuse. La moelle subit des dégénérescences secondaires : sclérose ascendante des faisceaux postérieurs et descendante des faisceaux antéro-latéraux. Les paralysies s'accompagnent de troubles trophiques graves (gangrènes, eschares, dystrophie écailleuse de la peau) ; la suppuration prolongée amène les dégénérescences graisseuses du foie, les dégénérescences amyloïdes des reins, de la rate et du foie, et la dégénérescence atrophique des muscles et des tissus en général.

La guérison du mal de Pott peut se faire assez facilement chez l'enfant, si cet enfant est convenablement immobilisé et soumis à de bonnes conditions hygiéniques et climatériques ; mais, la guérison se fait par ankylose, dans la position vicieuse et si toutes les excavations purulentes, se transforment en masses calcaires, si le pus se tarit et si la conductibilité médullaire se rétablit, le malade n'en reste pas moins un bossu, ayant d'abord un aspect disgracieux, et, ce qui est pire, ayant le thorax déformé et rétréci, c'est-à-dire prédisposé à l'invasion des poumons par les bacilles, et ayant le bassin vicié, c'est-à-dire dans de déplorables conditions pour procréer et accoucher, s'il s'agit d'une femme.

Quand les lésions tuberculeuses siègent dans la région dorsale, dans la région cervicale ou dans la région sous-occipitale, les phénomènes de paralysie sont parfois mortels (syncope, arrêt des mouvements respiratoires) ou s'étendent, non seulement aux parties inférieures du corps, mais encore au tronc et aux membres supérieurs.

Les abcès migrateurs descendent dans le thorax, le médiastin, au voisinage du cœur, qu'ils compriment et qui leur communique parfois ses battements, de sorte qu'on peut les prendre pour des anévrysmes. Au lieu de descendre dans le thorax, ces abcès peuvent fuser le long du cou, derrière le pharynx (rétro-pharyngiens) ou sous le sterno-mastoïdien.

II

La PARTIE CLINIQUE de l'étude du mal de Pott offre un grand intérêt, car, de la précocité du diagnostic exact de la maladie, dépendra toujours le succès des moyens thérapeutiques employés. Quand un malade se présente avec une gibbosité vertébrale, le diagnostic est, pour ainsi dire, fait de lui-même ; mais, au début, alors que le sujet éprouve des douleurs vagues dans le rachis, de la difficulté à se mouvoir et surtout à se baisser, à se courber, à se plier, on n'est pas toujours sûr de la lésion vertébrale.

Le mal de Pott, dit M. Denucé (1), provoque tout d'abord une *raideur anormale* de la colonne vertébrale ; cette raideur est due à la contracture des muscles rachidiens : d'où les mouvements gauches et guindés.

Par exemple, si l'enfant se baisse pour ramasser un objet, il fléchit les hanches et les genoux, s'accroupit en portant sa main vers l'objet à atteindre, tout en gardant son rachis immobile. On dépiste cette raideur en plaçant l'enfant à plat ventre tout de son long sur une table et en relevant ses pieds avec la main.

En second lieu, *les attitudes anormales sont fré-*

(1) Denucé. Le mal de Pott. Ruef, éditeur.

quentes dès le début. Le sujet les prend pour éviter des chocs brusques. Dans le mal de Pott cervical, il incline souvent la tête de côté, ou la soutient entre ses deux mains. Dans les lésions cervicales et dorsales supérieures, il tient le menton élevé, pour mieux répartir le poids de sa tête. Dans les lésions dorsales moyennes, il élève les épaules, et les ramène souvent en arrière, dans le mal lombaire.

Si le psoas est irrité, il se tient courbé en Z, genoux et hanches fléchis, les mains appuyées sur les cuisses.

Les douleurs sont ordinairement très vives dès le début. Ces douleurs s'irradient suivant le trajet des nerfs ; il faut se méfier des douleurs bilatérales. La douleur est réveillée par les mouvements, les secousses, la toux, etc. *La pression de la vertèbre malade éveille la douleur* : elle constitue un bon signe.

Plus tard, quand le mal de Pott est constitué, *la gibbosité* apparaît. La gibbosité est la saillie formée sur la ligne des apophyses épineuses par une ou plusieurs vertèbres effondrées : cette saillie est *médiane* et *angulaire* ; mais, il y a des cas où elle est incurvée, et quelque peu masquée par les courbures naturelles de la colonne ; elle manque même dans certains cas, par exemple, quand la lésion siège à la colonne lombaire ou au sacrum. Le mode d'apparition de la gibbosité rachidienne est tantôt lent et progressif, tantôt brusque, à la suite d'une chute, d'un effort en portant un fardeau, d'une station verticale prolongée.

A côté de la gibbosité, doit se placer un autre signe sensible, le *gonflement du périoste* et des *parties molles* au niveau de la région malade, qui manque souvent et qui, d'ailleurs, n'indique qu'une chose, la tendance à la diffusion de l'affection et la production prochaine d'un abcès ossifluent tuberculeux.

Quand un abcès se forme, nous l'avons vu, il évolue le plus souvent vers la cavité abdominale.

Or, au début, l'abcès situé assez profondément dans l'abdomen, en rapport avec le muscle psoas, est difficile à reconnaître.

L'inflammation du psoas fixe la hanche en flexion. Mais la hanche n'est pas absolument immobilisée, comme dans la coxalgie. Il faut coucher le sujet à plat ventre sur une table et voir si l'articulation coxo-fémorale exécute le mouvement d'extension ou d'hyperextension. En quelques cas, les autres mouvements sont possibles ; seule, l'hyperextension reste impossible. De plus, la flexion vicieuse de la cuisse n'est pas compensée comme dans la coxalgie par une lordose lombaire. Souvent, au contraire, si la lésion est lombaire, on trouve, dans la région, une cyphose.

Les troubles dus à la compression et à l'irritation de la moelle sont : des troubles de la *sensibilité* (douleurs en ceinture, picotements, fourmillements, hyperesthésie ou anesthésie, manque d'équilibre et de sûreté dans la marche), et *des troubles du mouvement* (paraplégie, paralysie vésicale, paralysie rectale, mais persistance de la sensibilité). Les réflexes sont exagérés au début ; il en est de même de la contractilité électrique ; progressivement, ces deux phénomènes diminuent et peuvent disparaître tout à fait.

A côté des symptômes de paralysie du mouvement, il existe des troubles tout opposés qui, tantôt les précèdent, et tantôt coïncident avec eux, ce sont, la *contracture* et les *crampes*. Ces spasmes sont habituellement très douloureux ; ils apparaissent généralement spontanément, mais on peut en provoquer quelques-uns ; par exemple, la *trépidation épileptoïde* que l'on produit en prenant la plante d'un des deux pieds à pleine main et la relevant brusquement d'un coup sec : le membre entier s'agite aussitôt de mouvements convulsifs qui persistent seuls quelques secondes.

Les troubles généraux qui accompagnent le mal de Pott, sont : amaigrissement, bouffées de fièvre et de chalcur revenant le soir, sueurs nocturnes, faiblesse croissante, dyspepsie, inappétence, extension de la tuberculose aux poumons ou au péritoine, œdèmes, desquamation de la peau, eschares fessières, cachexie.

La marche de la tuberculose vertébrale est essentiellement variable, suivant que la moelle se trouvera, ou non, comprimée. C'est ce qui explique comment chez les uns, le mal de Pott est à peine soupçonné, tandis que chez d'autres, il se traduit par des douleurs violentes, incessantes, suivies bientôt de paralysies.

Le mal de Pott est généralement une maladie chronique à très longue échance (de 1 à 15 ans et davantage). Tant que les abcès migrateurs ne sont pas formés, on peut espérer une guérison spontanée. Mais les abcès aggravent singulièrement le pronostic ; parfois, leur ouverture intempestive provoque une poussée aiguë de tuberculose générale et le malade succombe à une granulie ; parfois, une ouverture spontanée se fait et aboutit à une fistule intarissable. Cependant, même avec des abcès, on a vu la régression s'opérer et la guérison se produire, principalement dans les climats maritimes.

Diagnostic. — Nous avons dit comment on pouvait assez aisément se rendre compte de l'existence du mal de Pott au début par la raideur de la colonne vertébrale ; cette recherche doit être faite toutes les fois que l'on constatera une douleur dorsale, lombaire ou intercostale. Tant qu'il n'existe pas de gibbosité apparente, on peut attribuer la douleur vertébrale à un *lumbago chronique*, à une *névralgie spinale* (Brodie) ; seules la marche et l'évolution de l'affection pourront sûrement mettre sur la voie du diagnostic réel ; les névralgies, en effet, n'entraînent aucune déchéance de l'organisme. Chez le petit enfant, on peut confondre le mal de Pott avec une simple *laxité articulaire vertébrale*, avec *le rachitisme*, avec une *paralysie infantile spinale*.

Pour la laxité vertébrale, il suffit de remarquer que la courbure rachidienne est uniformément étendue de l'occiput au bassin. De plus, en soulevant l'enfant par les épaules, la déformation disparaît, elle augmente dans le mal de Pott ; enfin, il n'existe aucun point douloureux le long du rachis.

Dans la paralysie infantile, on ne trouve aucun point douloureux rachidien, et rarement une paraplégie complète des parties inférieures du tronc. Dans le rachitisme, on trouve des stigmates de cette affection aux poignets, aux côtes, aux jambes, au crâne.

La gibbosité n'est pas absolument caractéristique du mal de Pott ; elle peut être simulée par

un *kyste hydatique* musculaire, un *anévrysme de l'aorte thoracique*, une *tumeur érectile*, un *ostéosarcôme*, un *cancer encéphaloïde vertébral*. Ces affections sont, il est vrai, extrêmement rares.

Il importe enfin de diagnostiquer les abcès migrateurs et de savoir en deviner l'origine ; nous avons dit plus haut, comment on faisait cette exploration.

Quant au siège même de la lésion tuberculeuse par rapport aux vertèbres, le mal de Pott de l'enfant siège habituellement dans les corps vertébraux, le mal de Pott de l'adulte, dans les lames et les articulations apophysaires.

(*A Suivre.*) Dr Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

A propos des statuts provisoires de la Caisse des Veuves et des orphelins.

M. le Dr Bard, professeur à la Faculté de Lyon, dont les efforts ont assuré le développement de l'Association amicale dans la région du Rhône, a bien voulu nous adresser les observations que lui paraissait comporter le projet de statuts provisoires de la Caisse des Veuves.

La compétence toute spéciale qu'il met si largement au service de nos études professionnelles, nous faisait un devoir de soumettre ses remarques à un examen très approfondi, et de prendre, sur ces points, l'avis autorisé de M. Léon Marie.

Nos confrères nous sauront gré de mettre sous leurs yeux l'exposé des vues de ces deux excellents conseillers. Car il importe de fixer, dès aujourd'hui, en vue de la discussion générale future, les parties de ce projet qui sont susceptibles d'amélioration, de modification ou d'amendement.

Reportons-nous donc au numéro 4 de 1896 du *Concours*, afin de suivre sur le texte du projet les points en discussion.

La première observation de M. Bard porte sur les articles 18 et 19, qui traitent des conditions dans lesquelles s'opère la réversibilité de la pension sur les orphelins en cas de décès de la veuve.

« Si trois orphelins, dit-il, vivent au moment « du décès de leur mère, chacun d'eux recevra 200 « fr. jusqu'à dix-huit ans, et ne recevra que ces « 200 fr., même au cas où l'un deux viendrait à « décéder.

« Si, au contraire, ils n'avaient été que deux « au moment de la mort de la mère, le troisiè- « me ayant succombé antérieurement, ils tou- « cheraient 300 fr. jusqu'à dix-huit ans.

« Pourquoi ces différences qui ne correspon- « dent pas à des primes différentes ?

« Je crois que la réversibilité devrait exister « dans les limites des maxima prévus au pre- « mier paragraphe de l'article 19, au moins en « cas de décès d'un orphelin après la mort de « la mère. »

A ceci, M. Léon Marie répond qu'il a paru juste, au contraire, de rendre *aussi égales que possible, pour des primes égales*, les charges apportées à l'œuvre, par les membres de *chaque famille.*

La divergence de vue vient donc de ce que M. Bard se place dans le cas particulier de tel ou tel Sociétaire, tandis que l'actuaire garde, avant tout, le souci de ne créer à la Caisse que des engagements uniformes, pour des primes uniformes.

Or, si M. Bard ne tient qu'à la réversibilité de la pension de l'orphelin décédé sur les survivants, il ne paraît pas impossible de lui accorder satisfaction. Dans ce cas, en effet, la caisse ne reçoit pas de charge nouvelle ; elle abandonne seulement un bénéfice fortuit, dont elle n'a pas dû faire état. Il y a place pour une concession.

2° Notre confrère regrette aussi que les statuts n'aient pas prévu le cas d'un médecin veuf, avec enfants, qui contracte un second mariage d'où naîtront d'autres enfants. « Notre article 18, nous dit-il, ne vise que la réversibilité *de la mère à ses enfants*, et vous ne créez ainsi de droit qu'en faveur des enfants du 2e lit, et il n'en naîtra peut-être pas ! »

Réductions après cessation du paiement des primes.

AGE AU DÉBUT — du mari	AGE AU DÉBUT — de la femme	Nombre de cotisations payées	RÉDUCTION — calculée	RÉDUCTION — proportionnelle
			fr.	fr.
25	20	5	53	40
		15	163	120
		25	266	200
		35	352	280
		45	414	360
		55	455	440
25	25	5	48	40
		15	146	120
		25	245	200
		35	326	280
		45	388	360
		55	427	440
40	25	5	85	50
		15	229	150
		25	341	250
		35	418	350
40	40	5	68	50
		15	187	150
		25	282	250
		35	348	350
55	40	5	98	67
		15	249	200
		25	350	333
55	55	5	73	67
		15	192	200
		25	264	333

Cette critique est évidemment juste. M. Marie estime, comme nous, que la rédaction de l'article devra être modifiée de façon à établir, à la mort de la veuve, des titres égaux entre les orphelins des deux lits.

3° M. le Dr Bard trouve bien sévère la rédaction de l'article 23. Réduire la pension dans la proportion à établir, en prenant pour base l'âge

de 100 ans, équivaut pour lui à créer une grosse perte au Sociétaire, plus lourde que celle infligée par les compagnies d'assurances, en cas de suspension de payement des primes.

A cette observation, M. Marie répond ce qui suit :

Les stipulations de l'article 23 sont loin d'avoir la sévérité que leur attribue M. Bard. Pour le montrer, j'ai calculé la réduction *mathématique* et je l'ai mise, dans le tableau ci-joint, en regard de la réduction prévue par les statuts. La comparaison montre que les différences n'ont rien d'abusif. Opérer autrement, ç'aurait été s'exposer à des calculs longs et coûteux, pour un bien maigre résultat.

4° L'article 25 paraît également devoir subir une modification. M. Bard fait remarquer qu'il est injuste de faire cesser toute participation au médecin qui devient veuf et à des enfants, et de déclarer acquis à la Caisse les versements qu'il aura effectués. Et notre éminent actuaire trouve cette critique absolument fondée.

L'un et l'autre sont d'accord pour proposer que le veuf, qui a des enfants, conserve la faculté de continuer ou non l'opération entamée par lui. M. Marie, ajoute même que cette faculté doit être laissée au veuf qui se remarie, qu'il ait des enfants ou non.

Après avoir présenté ces objections particulières, M. le professeur Bard se place à un point de vue plus général, pour examiner le projet de statuts de la Caisse des Veuves. Il nous dit alors que ses préférences personnelles iraient plutôt du côté de l'assurance d'un capital en cas de décès, que du côté d'une pension viagère, et il étaye son argumentation de chiffres indiscutables pour les cas qu'il choisit.

« Ceci, répond M. Léon Marie, est pure affaire « de convenance individuelle : les deux systèmes ont leurs partisans légitimes. Il est même « clair que l'assurance d'un *capital* est préférable pour les personnes jouissant d'*une certaine* « *aisance*. Mais, puisque l'on veut faire une œuvre de prévoyance qui soit à la portée de tous « les budgets médicaux, la forme *pension* est incontestablement plus accessible. »

Enfin, en terminant sa lettre, l'infatigable délégué de nos œuvres de prévoyance à Lyon, ajoute que le projet présenté a peut-être quelque allure d'une œuvre d'assistance, parce qu'à des primes fixes il faut porter des risques variables.

Mais M. Marie soutient que nous sommes restés sur le terrain de la pure prévoyance, parce que chacun, dans cette Société paiera en raison du risque qu'il apporte à la collectivité.

Pour nous, nous croyons bien aussi que le mot assistance, ne serait explicable que par les résultats obtenus. Mais ne peut-on dire plus justement que les services rendus sont ceux d'une bienfaisante mutualité ?

Nous avons tenu à reproduire avec toute la précision possible le petit tournoi auquel se sont livrés MM. Bard et Léon Marie, au sujet du projet en préparation. Connaissant l'esprit qui les animait l'un et l'autre, c'est pour nous un agréable devoir de les remercier de la lumière qu'ils ont faite sur des points obscurs de nos statuts provisoires. Dr H. J.

BULLETIN DES SYNDICATS

Société médicale du XVe arrondissement.

TARIF MINIMUM DES HONORAIRES MÉDICAUX.

Prix de la visite ordinaire :

Ouvriers, petits employés, domestiques, 3 fr.
Employés, commerçants, 4 fr.
Industriels, propriétaires, rentiers, 5 fr.

Pour les autres visites et la chirurgie courante, les malades sont divisés en deux catégories :

La première comprend les patrons, propriétaires, rentiers, industriels, commerçants, etc., et toute personne ayant des gens à gages.

La deuxième comprend les ouvriers, les petits employés et les domestiques.

	1re classe	2e classe
1. Visites d'urgence, c'est-à-dire : 1° la visite demandée immédiatement ; 2° la visite faite chez un malade soigné par un confrère ; 3° la visite à heure fixe................	8 »	5 »
2. Visite, avec consultation dans la même famille....................	8 »	5 »
3. Visite de nuit....................	20 »	10 »
4. Certificat médical sur papier timbré	10 »	6 »
Le même sur papier libre : prix de visite.		
Les mêmes à domicile : visite en plus.		
5. Visite en consultation avec un confrère du quartier................ (ou la moitié du chiffre des honoraires du consultant).	10 »	10 »
6. Ouverture d'abcès simples, injections sous-cutanées............	10 »	5 »
7. Injections de sérums.............	20 »	20 »
8. Cautérisations, pointes de feu, sutures...........................	10 »	5 »
9. Electrisation, massage...........	10 »	6 »
10. Saignée...........................	20 »	20 »
11. Vaccination........................	10 »	5 »
12. Examen à l'aide d'instruments spéciaux (spéculum, laryngoscope, ophtalmoscope, etc.)............	10 »	5 »
13. Cathétérisme.......................	10 »	6 »
14. Tamponnement des fosses nasales.	40 »	20 »
15. Réduction de hernie par le taxis : de 10 fr. à 50 fr..................		
16. Accouchement simple............	200 »	100 »
17. Opérations obstétricales (forceps, version, délivrance artificielle)..	100 »	50 »
18. Opérations faites de concert avec un chirurgien : le quart des honoraires de l'opérateur.		
19. Pansements à la suite d'opérations, ou pansements de plaies accidentelles............................	20 »	10 »
20. Réduction de luxations importantes (épaule, hanche, coude).........	100 »	50 »
21. Réduction des autres luxations (main, pied, maxillaire inférieur).	40 »	20 »
22. Réduction de la fracture et application de l'appareil (maxillaire inférieur, clavicule, os du bras et avant-bras, cuisse et jambe).....	200 »	100 »
23. Idem (petits os, mains, pieds)....	100 »	50 »
24. Nuit passée auprès d'un malade..	200 »	100 »
25. Thoracentèse, ponction vésicale...	100 »	50 »
26. Ponction d'ascite : la première 50 francs..........................		
Ponction d'ascite : les suivantes 20 francs..........................		
27. Ponction d'hydrocèle.............	100 »	50 »

Syndicat médical de Cholet.

20 *octobre* 1896

Présents : MM. Hennon, *Président :* Deschamps, Simon, Théreau, Coulbault, Couetoux, Sainq, Picot, Pissot, Moreau, Rousseau, Chaillons, Herpin, Crin, Fiévé, Coignard fils, et Pichat.

Excusés : MM. Barbeau, Barreau, Brossier, Coignard père, Jouitteau, Lachèze, Garreau, Tusson et Roulleau.

Assistance médicale gratuite.

Le Syndicat constate que le service laisse à désirer sur quelques points ; les médecins ne sont pas toujours convoqués lors de la confection des listes ; dans certaines communes le nombre des inscrits est absolument insuffisant ; ailleurs on refuse aux inscrits des billets de visites ; quelques maires enfin ont négligé d'organiser le service.

Ces faits seront portés par le secrétaire à la connaissance du Préfet.

Exercice illégal.

L'intervention du Syndicat près des supérieurs des Communautés de religieuses a eu pour effet de diminuer sensiblement l'exercice illégal.

Le Syndicat d'Angers, qui a agi de même, a obtenu, lui aussi, des résultats.

Il y aurait lieu de réunir les bureaux de tous les syndicats médicaux de Maine-et-Loire, pour arrêter une ligne de conduite uniforme et agir collectivement près des congrégations et des pouvoirs publics.

Cantonniers.

Le préfet ayant demandé aux médecins du Département de vouloir bien appliquer aux cantonniers de la grande voirie le tarif de l'assistance médicale, le syndicat estime que les cantonniers ne sauraient être assimilés aux indigents et décide qu'il y a lieu de les maintenir au tarif ordinaire.

Bureau.

M. Simon, Vice-Président, passe de droit *Président* pour deux années.

M. Deschamps est élu *Vice-Président.*

M. Picot, est élu *Secrétaire-Trésorier.*

Syndics : MM. Belliard, Morin et Brin.

Le Secrétaire,
Dr Coignard.

REPORTAGE MÉDICAL

XIIe Congrès international de Moscou. — Les chemins de fer russes viennent d'accorder aux Membres du Congrès, régulièrement inscrits, le *voyage gratuit aller et retour*, de la frontière russe à Moscou.

Pour profiter de cet exceptionnel avantage, se faire inscrire au plus tôt au Secrétariat général du Comité français, 14, boulevard Saint-Germain, Paris.

Nous croyons devoir également aviser nos confrères que les demandes d'admission pour l'excursion au Caucase abondent et que l'on sera peut-être obligé de refuser l'inscription, les places dans le train spécial étant forcément très limitées.

Le Secrétaire général,
Marcel Baudoin.

— *Banquet de l'Internat.* — Le banquet de l'Internat en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu cette année le samedi 1er mai, au restaurant Marguery, il sera présidé par M. le Docteur Bucquoy.

— Le professeur Grasset demande que le *Congrès français de médecine*, qui devait avoir lieu le 12 avril 1898, soit renvoyé à une autre date, parce que le Congrès d'hygiène de Madrid a été fixé en avril 1898 également.

— Parmi les médecins récemment récompensés par le Ministère de l'Intérieur et par l'Académie, nous relevons, outre les noms déjà publiés, ceux de MM. les docteurs *Ansaloni* (de Romorantin) et *Bourdon* (de Méru), membres du *Concours Médical.*

Certificat exempt de timbre. — L'article 4 de la loi du 30 mars qui fixe le budget dit ceci :

« Sont exemptés du droit et de la formalité du timbre les certificats de maladie délivrés par les médecins non assermentés, quand ces documents concernent des agents remplissant un service actif de l'Etat.

— *Un faux médecin.* — Le tribunal correctionnel de Marseille a condamné à deux ans de prison et mille francs d'amende le nommé Gouneau qui avait trouvé le moyen de se faire accepter comme docteur médecin à bord du grand paquebot *Les Andes*, bien qu'il n'eût jamais étudié la médecine. Il occupa deux ans ces fonctions et même il amputa une jambe et fit l'ablation d'un sein sans conséquences fâcheuses pour les malades.

Les deux opérations réussirent parfaitement ; mais Gouneau finit par commettre une escroquerie de 16,000 francs au préjudice d'une passagère qui s'était éprise de lui. Poursuivi ensuite par le parquet de Marseille, on découvrit toute son histoire.

Les deux ans de prison visent l'escroquerie, et les mille francs d'amende l'exercice illégal de la médecine.

Et les Compagnies qui mettent un soin pareil à recruter leurs médecins traitent on sait comment les docteurs en médecine et les officiers de santé !

— *Nouvelles tuberculines de Koch.* — La *Deutsche Medicinische Wochenschrift* publie une communication de M. le professeur Koch concernant de nouvelles préparations de tuberculine.

Il ressort de ce document que M. Koch est parvenu, après plusieurs années de recherches, à composer des préparations de tuberculine, O. et R., et que la seconde procure d'une façon tout à fait sûre l'immunité contre le bacille de la tuberculose.

A propos de cette découverte, le *Tageblatt* dit que la publication du perfectionnement de la tuberculine du docteur Koch peut donner lieu à de graves inconvénients. Il faut espérer que le monde médical, aussi bien que les malades, instruits par les cruelles expériences de 1890, ne s'exposeront pas à de semblables déceptions. Nous n'hésitons pas à nous associer à ces réserves si fondées du *Tageblatt*, car on indique déjà la maison de commerce qui vend et fabrique le produit !

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4.178. — M. le docteur Daniel Albespy, de Rodez (Aveyron), membre de l'Association des médecins de l'Aveyron.

N° 4.179. — M. le docteur Berger, de Côte-Saint-André (Isère), présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Massuïr, de Thuir (Pyrénées-Orientales), et Augier, de Carpentras (Vaucluse), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 17 24 Avril 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les clientèles à subventionner.

Dernièrement, en jetant un coup d'œil sur la répartition de nos confrères en France, nous remarquions que 130 cantons environ, dont la population varie, pour chacun, de 3.000 à 15.000 habitants, n'ont pas de médecin depuis bien des années, et pas davantage de pharmacien.

Et, nous nous demandions comment la santé de ce bon million de citoyens n'intéressait pas assez l'Etat, pour que le souci lui vînt de leur assurer les soins médicaux.

En ces régions deshéritées, qui s'occupe d'assurer les services de médecine publique, d'enrayer les épidémies, de vacciner, de mettre au monde le Français de demain, de constater le décès du Français de la veille ? Mystère.

Peut-on croire que la maladie ait encore le droit, à notre époque, de promener ses ravages, sur une telle surface de notre sol, sans rencontrer devant elle d'autre adversaire que les matrones, les empiriques, les guérisseurs de toute sorte, dont on connaît les dangereuses pratiques ?

Que le médecin n'aille pas essayer de vivre là *de son diplôme*, cela se comprend, puisqu'il est certain de n'y pas réussir. Les difficultés, qui se dressent devant lui sont quasi-insurmontables. Apprendre des dialectes inconnus, circuler par des voies de communication absolument primitives, lutter sans relâche contre de monstrueux préjugés, fils de l'ignorance, vivre d'honoraires tout à fait problématiques, perdre pour longtemps le contact avec la civilisation, telle est la perspective. Elle ne séduira jamais personne, et l'initiative individuelle ne comblera pas les vides signalés.

L'Etat, protecteur né de toutes les existences françaises, n'a-t-il pas son opinion faite sur ce point ? Il faut l'espérer.

Nous nous demandons, dès lors, pourquoi cette situation ne se modifie pas.

A tous ces pauvres cantons, on donne des fonctionnaires, dont ils se passeraient bien: par exemple les percepteurs, receveurs d'enregistrement, etc... Pourquoi ne leur enverrait-on pas des médecins jeunes, actifs, assez subventionnés pour n'avoir pas à manquer de l'indispensable, recrutés par engagement volontaire pour une période de temps déterminée, assimilables aux médecins de colonisation qu'on a bien su créer pour l'Algérie ?

Si l'on offrait à de jeunes docteurs qui sortent, sans ressources, de la Faculté, d'aller pendant dix ans, pour une somme de 3.000, 4.000, 5.000 fr. (suivant la classe ; et en se basant sur l'étendue et la population), assurer là tous les services de médecine publique ; si on leur disait : « Vous accepterez la résidence centrale que l'on vous imposera, mais vous ferez payer les clients solvables et fournirez les médicaments », nous ne serions pas étonnés de voir la liste ainsi ouverte, à l'Ecole, se remplir peu à peu. Rien n'empêcherait d'ailleurs d'accepter la demande de tout médecin âgé de moins de trente-cinq ans, jusqu'à ce que toutes les places soient prises.

Les temps sont devenus si durs, pour notre profession encombrée, qu'on verrait peut-être même ces postes semi-officiels recherchés comme une faveur. Ceux d'entre nous qui n'ont pas un penchant trop vif pour l'indépendance et que n'aveugle pas l'illusion des grosses fortunes médicales, se contenteraient parfois d'acquérir ainsi la sécurité.

Il y aurait donc, là, double avantage: protection accordée à des populations malheureuses, remède au moins palliatif à l'encombrement de la profession médicale.

La dépense ne serait pas considérable et le service rendu aurait une sérieuse importance.

Quelques centaines de mille francs, ce n'est pas la mer à boire pour un budget de trois milliards !

Et, à la rigueur on pourrait, s'il le faut, faire

donner cette réserve précieuse, qui se nomme le pari mutuel, et dont les fonds ont besoin d'être bien employés, pour qu'on oublie leur origine.

H. JEANNE.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les troubles psychiques d'origine thyroïdienne.

D'après le Dr *Etienne Austin*, de Lyon, il existe, à n'en pas douter, une relation de cause à effet entre le bon fonctionnement de la glande thyroïde et les facultés psychiques. Et cette glande n'a pas, sur le cerveau, une simple action sympathique ou réflexe comme par exemple l'ovaire, l'utérus, mais elle a une influence directe et intime sur le développement d'abord, la nutrition ensuite, des cellules nerveuses. Nous n'en voulons pour preuve que les faits bien connus et aujourd'hui bien interprétés, de crétinisme ou de déchéance intellectuelle, coïncidant avec une glande thyroïde goîtreuse ou insuffisante.

Chez l'adulte, la perversion thyroïdienne produit encore des troubles psychiques d'une tout autre physionomie (goître exophtalmique).

Entre le crétinisme myxœdémateux et la maladie de Basedow, il existe toute une série d'accidents nerveux intermédiaires, qui ont avec ces affections un lien commun : à savoir une altération de la fonction thyroïdienne.

Or, quel qu'en soit le mécanisme, le traitement causal de ces troubles psychiques est celui de l'altération thyroïdienne (kyste, néoplasme, dégénérescence, atrophie).

M. Austin cite onze exemples d'opérations ayant guéri des troubles psychiques intenses, dont plusieurs, particulièrement intéressants, tirés de la clinique du professeur Poncet.

Il est convaincu qu'il existe de nombreux aliénés thyroïdiens, qu'il y a lieu de les rechercher dans les asiles pour les faire bénéficier du traitement chirurgical, le plus important actuellement. De nouvelles recherches sont à faire dans ce sens.

L'avortement brusqué par le curetage dans les vomissements incoercibles de la grossesse.

M. le Dr *Antoine Daclin*, de Lyon, consacre sa thèse à l'étude du procédé le plus héroïque pour combattre les vomissements incoercibles de la grossesse. Après avoir constaté, dit-il, l'échec de l'eau chloroformée, de la potion de Rivière, des eaux gazeuzes, du champagne, de la glace, du bromure, de la belladone, de l'éther, des révulsifs épigastriques, etc., on doit recourir à l'avortement provoqué, approuvé et dûment motivé, dans une consultation écrite, avec la collaboration de plusieurs confrères.

Or, dans ce genre d'intervention, les méthodes ordinaires de provocation de l'avortement, même associées entre elles, se montrent souvent insuffisantes, sans qu'il soit possible d'expliquer ce fait d'une manière plausible. On peut leur reprocher leur incertitude et leur lenteur.

On sera donc amené à brusquer l'avortement par le curetage total de l'utérus. Ce procédé a comme avantages :

1° D'agir rapidement et à coup sûr ; il permet de terminer l'opération en une seule séance ;

2° De mettre à l'abri des pertes hémorrhagiques, souvent abondantes, qui accompagnent le décollement plus ou moins lent de l'œuf dans les autres procédés ;

FEUILLETON

L'Automobilisme.

(Voir le n° 16.)

Les essais furent abandonnés en France ; ce furent les Anglais, qui les reprirent pour leur propre compte, sans être d'ailleurs beaucoup plus heureux.

J. Watt, en 1784, prend un brevet pour un véhicule automobile qui ne fut jamais exécuté. Murdoch, en 1785, construit un petit modèle de tricycle à vapeur qui a été exhibé à l'Exposition universelle de Londres en 1851.

En Amérique, l'idée automobile fait aussi ses progrès. O. Evans (1786) construit une chaudière aquatubulaire pour machine à vapeur à haute pression, et il est l'auteur du premier véhicule sans chevaux ayant fonctionné, en 1804, aux Etats-Unis.

En 1799, Lebon, en France, prend un brevet pour « de nouveaux moyens d'employer les combustibles plus utilement, soit pour la chaleur, soit pour la lumière, et d'en recueillir les divers produits » et, deux ans plus tard, obtient un certificat d'addition pour la construction des machines mues par la force expansive du gaz.

En Angleterre, les efforts redoublent. Trevithick et Vivian construisent, vers 1808, une voiture qu'on peut encore voir aujourd'hui au *South Kensington Museum*, qui, paraît-il, fonctionna pratiquement et fit plusieurs voyages assez longs.

La diligence à vapeur Griffiths, en 1821, présente un peu plus d'intérêt ; la chaudière était le premier type connu d'une *chaudière à éléments*.

Enfin Burstall et Hill emploient une chaudière à vaporisation instantanée.

C'est vers cette époque que plusieurs inventeurs faisaient breveter des véhicules bizarres, des voitures à jambes : les jantes des roues étaient munies de crampons de fer, de pointes qui mordaient sur le sol.

Car, il faut insister sur ce fait, on se figurait que le manque d'adhérence seul empêchait la voiture d'avancer, tandis que c'était le manque de puissance de la machine par rapport au poids de la voiture, et avec les inventions dont nous venons de parler, on augmentait tellement l'adhérence que... la voiture restait clouée au sol.

D'ailleurs, à cette époque, il y a abondance de brevets en Angleterre surtout. D. Gordon (1822) présente une machine à jambes, une autre à tambour ; Brunel propose l'acide carbonique liquide comme source d'énergie ; Seaton, la suspension des roues sur des ressorts ; Gurney Goldsdworthy décrit le moteur à ammoniaque, et, en 1824, il construit une voiture où le cheval est remplacé par une énorme roue qui mord sur la route par des pointes qui rayonnent. De 1825 à 1831, il met sur des voitures plus rationnelles des chaudières aquatubulaires à tirage forcé et les fait fonctionner assez pratiquement.

On le voit, ce commencement de siècle abonde en idées, qui ne sont pas toutes mauvaises et qui ont guidé les recherches postérieures.

Mais, en 1829, l'attention est détournée complètement ; Stephenson, ingénieur anglais, s'inspirant de l'américain Stevens, des Anglais Trevithick et Hedley, après avoir trouvé une première locomotive qu'il appelle *the Blücher*, après avoir, en 1825, appli-

3° D'éviter les rétentions placentaires ;

4° D'être sans danger, quand on le pratique sous le couvert de l'asepsie et avec toutes les précautions nécessaires.

Grâce à ces qualités, il permet d'intervenir avec succès à la troisième période des vomissements, c'est-à-dire à une période où les auteurs les plus autorisés conseillaient l'abstention la plus absolue.

Ce procédé est applicable, surtout, pendant les trois et même les quatre premiers mois de la grossesse. C'est alors un procédé de choix. Passé ce terme, il vaut mieux recourir aux autres méthodes.

L'appendicite.

Les discussions sur l'appendicite se prolongent et se renouvellent chaque jour à l'Académie, à la Société de chirurgie, à la Société médicale des Hôpitaux, etc. Peu à peu, on arrive à s'entendre, en ce qui concerne le traitement et le diagnostic, mais les opinions sont encore bien divergentes en ce qui regarde la pathogénie de cette affection.

M. Moizard fait observer que le diagnostic est parfois extrêmement difficile ; et d'ailleurs, dit-il, cette difficulté n'est que trop explicable par les formes multiples de la maladie, la variabilité de ses symptômes, les modalités diverses de son début.

« Quand l'ensemble des signes classiques de l'appendicite existe, le diagnostic s'impose ; mais dans beaucoup de cas, le doute est permis. Depuis que l'attention est attirée sur l'appendice, on a une tendance à le suspecter comme la cause de la plupart des douleurs siégeant dans la fosse iliaque droite ; il faut protester contre cette tendance et ne porter le diagnostic d'appendicite qu'après un examen approfondi.

« L'appendicite peut être prise, au début, pour une *simple indigestion* ; puis, l'erreur se prolongeant, on peut croire n'avoir affaire ensuite qu'à des accidents d'embarras gastrique consécutif. Certaines formes d'appendicite débutent, en effet, chez les enfants, par une indigestion.

La nature des phénomènes d'intoxication gastro-intestinale ne peut être décelée que par l'examen méthodique du ventre, qui permet de constater, tout au moins, de la douleur dans la fosse iliaque droite, au niveau du point de Mac Burney. Cette forme est d'autant plus importante à connaître, qu'elle peut être le début de la forme la plus grave, la plus irrémédiable de l'appendicite, celle dans laquelle le développement rapide d'une péritonite septique, diffuse, entraîne fatalement et rapidement la mort.

« Le médecin, appelé pour des troubles gastro-intestinaux, si légers qu'ils soient, devra donc toujours penser à l'appendicite.

« L'appendicite, au début, a été prise quelquefois pour une *fièvre typhoïde ;* inversement on peut prendre une fièvre typhoïde au début pour une appendicite ; dans certains cas l'évolution seule permet de faire le diagnostic.

« L'appendicite peut encore être confondue avec l'*invagination*, avec *l'étranglement interne*, avec la *péritonite à pneumocoques*, quand elle n'a pas été précédée d'une manifestation pulmonaire bien nette, ou quand l'infection péritonéale par le pneumocoque se fait d'emblée, et aussi avec la *péritonite à gonocoques*.

« Enfin la *lithiase intestinale* et la *typhlite* simple peuvent et doivent être distinguées de l'appendicite. Ce diagnostic est d'autant plus important à préciser, que le traitement évacuant

---

qué les bielles de connexion pour les roues et la suspension sur ressorts, présentait en effet au public une locomotive, *the Rocket* ou *Fusée*. Avec elle, il obtenait le prix du concours de Liverpool, grâce à l'emploi d'une chaudière de l'ingénieur français Séguin, dont les plans lui avaient été communiqués par Booth, venu en France tout exprès pour étudier ce nouveau générateur.

Bref, cette locomotive était, grâce à diverses circonstances heureuses, un véritable chef-d'œuvre de simplicité et d'esprit pratique. De ce jour, le chemin de fer était créé, et l'on peut ajouter que la locomotion sur routes ordinaires était laissée de côté, malgré les brillantes espérances qu'elle avait fait concevoir et malgré les témoignages flatteurs des hommes les plus compétents.

A ce moment, en effet, le chemin de fer répondait seul à ce besoin de mouvement, qui commençait à entraîner les multitudes voyageuses et qui n'a fait que grandir depuis ; pour tout dire, la voie ferrée offrait seule un débouché aux progrès immédiats de la locomotion automobile. Les capitaux avaient d'ailleurs trouvé là un placement facile, et les débuts de la traction sur rails furent marqués par des événements financiers importants.

Enfin, tandis que les inventeurs de voitures à vapeur étaient persuadés que le manque d'adhérence seul empêchait *leurs monuments* d'avancer sur les routes et que leurs efforts convergeaient tous vers une solution de cette soi-disant difficulté, au lieu d'améliorer ce qui était réellement défectueux, c'est-à-dire le moteur, pendant ces essais stériles... *la première performance de la locomotive de Stephenson était un véritable triomphe.*

*
* *

Aussitôt après, vers 1830, les lourds véhicules, dénommés *locomotives routières* et destinés à transporter soit des voyageurs, soit des marchandises, faisaient leur apparition également en Angleterre. Les inventeurs, plus raisonnables, comprenaient que la chaudière était le point faible et appliquaient leurs efforts de ce côté.

Mentionnons seulement le projet des Anglais Viney et Pocock, d'employer un cerf-volant remorqueur et un poney auxiliaire, et insistons davantage sur les travaux de leur compatriote W. Hancock, qui, en 1825, prenait un brevet pour une chaudière à éléments aquatubulaires, en 1827, construisait une voiture à vapeur à trois roues comportant une chaudière à éléments, puis, de 1831 à 1833, six grands véhicules, phaétons, chars à banc, omnibus, etc., qui assuraient même des services publics dans différentes régions de l'Angleterre avec un certain succès.

De même, sir Charles Dance, Ogle et Summers établissaient des transports de ville à ville, tandis que Row et Boase, en 1830, faisaient breveter un système de roues dont les plans ne restent pas parallèles, cela afin de faciliter les virages.

C'est qu'en effet, ces immenses chariots ambulants sur routes étaient, au point de vue de la direction, très peu maniables, et quelques accidents inévitables attirèrent sur ces services les foudres de l'opinion publique surexcitée par les compagnies de chemins de fer, déjà puissantes, et par les entrepreneurs de diligences.

Et puis la caricature s'en mêlait, et la forme plutôt pittoresque et grossière de ces constructions,

dans la typhlite peut être nécessaire, alors qu'il doit être formellement repoussé au début de l'appendicite.

« L'*hystérie* peut enfin apporter au diagnostic de l'appendicite des difficultés sur lesquelles MM. Brissaud, Rendu et Talamon ont attiré l'attention. »

En ce qui concerne le traitement, M. *Talamon* formule les prescriptions suivantes :

« Dans l'appendicite perforante suraiguë, le médecin doit se résigner à l'opération, les moyens médicaux étant démontrés impuissants ;

« Il doit imposer l'opération dans les appendicites suppurées ;

« Il doit la conseiller dans les appendicites chroniques à rechutes ;

« Il doit s'y opposer dans les appendicites plastiques ou pariétales, sauf dans certains cas exceptionnels.

Quant à la résection préventive, après une crise appendiculaire, M. Talamon la laisse faire, mais ne la conseille pas, sauf chez l'enfant dans le cas d'appendicite familiale.

« Pour ce qui est du traitement médical, il le résume dans l'emploi de ces quelques moyens : injections de morphine, sangsues, glace, cataplasmes, purgatifs légers, repos absolu au lit, diète liquide (lait et bouillon). Pour les purgatifs, non seulement, il ne les regarde pas comme nuisibles ou dangereux, mais encore, il estime qu'ils sont indispensables. Toute la question est de les donner au moment opportun. Ils doivent être absolument proscrits au début de toute appendicite, si légère qu'elle soit. A ce moment, ils ne peuvent qu'empirer la situation, exagérer les contractions douloureuses de l'intestin, favoriser la perforation, si elle n'existe pas, en aggraver les conséquences, si elle existe. Mais quand la morphine, les sangsues et la glace ont calmé les douleurs aiguës des premiers jours, il ne faut pas hésiter à purger le malade. On emploiera de préférence l'huile de ricin ou le calomel, mais il n'y a pas d'inconvénients à administrer ensuite les salins. Les drastiques doivent être rigoureusement proscrits.

Quant à l'opium, contrairement à l'opinion de MM. Le Gendre et Moizard, il vaut mieux s'en abstenir. »

La nouvelle tuberculine de Koch.

Le professeur allemand Koch n'a pas été découragé par l'immense krach de sa première entreprise scientifico-financière sur l'immunisation contre la tuberculose, par la tuberculine.

Les lamentables échecs qu'ont éprouvés les praticiens un peu trop pressés et trop enthousiastes, avec le produit hâtivement lancé par le peu scrupuleux sosie de Pasteur, ont cependant singulièrement refroidi les plus fervents admirateurs de la science prussienne. Koch vient d'essayer un second lancement de tuberculine, après l'avoir revue et corrigée et nous devons, sans partialité, soumettre ce nouveau produit à un examen, que nous appuierons sur les raisons scientifiques exposées par Koch lui-même (in *Bull. méd.*, avril 1897).

La *tuberculine* primitive est un extrait de la substance des bacilles de la tuberculose, par la glycérine.

La tuberculine a la propriété, quand on l'injecte sous la peau en très petite quantité, de produire une réaction caractéristique chez les hommes et les animaux tuberculeux. Cette propriété peut être utilisée pour diagnostiquer la tuberculose au début, alors que le diagnostic

---

le manque de confortable, augmenté de l'irrégularité des mouvements, prêtaient certainement à rire.

Il faut bien dire néanmoins que si, aujourd'hui, vu l'état actuel de la construction et la précision de la main-d'œuvre, les mêmes événements se reproduisaient dans les mêmes circonstances, la locomotive sur routes aurait peut-être le dessus. Ajoutons bien vite que, malgré tout l'intérêt que nous portons à cette jeune industrie, nous trouvons heureux qu'elle ait été entravée momentanément. C'est grâce aux difficultés insurmontables qu'elle a rencontrées que nous devons le développement extraordinaire de l'industrie minière et métallurgique et le plaisir d'assister nous-mêmes aujourd'hui à la renaissance des automobiles.

Bref, l'opinion fut nettement défavorable à ce nouveau mode de transports, et un grand nombre de lois restrictives furent édictées en Angleterre, moins encore pour réglementer la circulation des locomotives routières que pour s'opposer d'une façon formelle à ses progrès ; cet ensemble de lois, dont chaque année augmenta les clauses, est connu dans l'histoire des automobiles, sous le nom de *Locomotive Act*.

Les voitures devaient avoir une largeur de jantes déterminée ; elles ne devaient pas dépasser la vitesse de 4 milles, soit 6 kilomètres environ à l'heure et, comble d'ironie, pour empêcher toute rébellion de leur part, *elles devaient être précédées d'un piéton porteur d'un drapeau rouge*. Nous ajouterons même, que ce piéton marchait à reculons pour veiller à sa propre sécurité.

D'ailleurs des droits élevés frappaient toute tentative de la part des constructeurs, et les malheureuses locomotives routières ne pouvaient traverser un pont sans acquitter un droit de péage exorbitant.

Il est difficile de comprendre que, chez ces gens d'esprit pratique, qui sont nos voisins, des lois semblables se soient perpétuées si longtemps : cependant, jusqu'au 15 août de l'an dernier, le « *Locomotive Act* » régissait la circulation des voitures automobiles là-bas.

Ceux parmi vous, qui ont lu le compte rendu de la récente épreuve Londres-Brighton, ont vu avec quel à-propos, l'organisateur, dans un toast à l'issue du déjeuner qui précéda le départ des véhicules, a exhibé cet antique drapeau rouge et l'a mis en morceaux aux applaudissements de l'auditoire, en rappelant les mesures libérales qui rapportaient celles d'autrefois : *ending the reign of the red tyrant* (terminant le règne du rouge tyran.

*
* *

Pendant que ces événements se passaient en Angleterre, grâce à la liberté, la construction automobile renaissait en France. Depuis 1820, on travaillait la question ; en 1828, Pecqueur avait, non pas inventé, mais appliqué à une voiture le mouvement différentiel par engrenages côniques. La direction était assurée par deux roues montées individuellement sur pivot (ce mouvement différentiel existait déjà en astronomie dans des instruments où, grâce à lui, on pouvait rendre sensibles aux yeux les mouvements relatifs de la terre, de la lune et du soleil):

Un autre constructeur français, Charles Dietz, adaptait à sa routière, en 1835, des roues à bandages élastiques, acheminement vers le bandage en caoutchouc, que Thomson appliquait un peu plus tard en Angleterre.

Puis Leroy, en 1835, Lotz, en 1856, d'Albaret, en 1865, d'autres encore, s'appliquaient à faire des ma-

par les signes physiques est impossible, et que, cependant, on peut le plus espérer de la thérapeutique. L'emploi de la tuberculine pour le diagnostic, s'est généralisé de plus en plus depuis quelque temps.

Elle est utilisée aujourd'hui, dans la plupart des Etats, pour le diagnostic précoce de la tuberculose des bovidés. La lutte organisée contre cette maladie très répandue, est basée là-dessus, et on en a obtenu déjà de très bons résultats. Des milliers d'injections de tuberculine faites chez les bovidés, ont montré que l'on n'avait pas à redouter la mobilisation des bacilles de la tuberculose, comme suite de la réaction et leur dissémination dans les parties saines de l'organisme.

Quant aux propriétés thérapeutiques de la tuberculine, elles ont été suffisamment jugées par les faits pour que nous n'y insistions pas.

Or, M. *Koch* vient de faire de nombreux essais pour trouver une substance, un extrait bacillaire qui pût immuniser l'homme, non seulement contre la pullulation des bacilles, mais aussi contre leurs produits toxiques de sécrétion. Il est vérifié, en effet, que l'immunisation obtenue contre les maladies infectieuses par les injections de cultures préparées est pour certaines de ces maladies, antitoxique, c'est-à-dire exclusivement dirigée contre l'empoisonnement, mais laisse les bactéries vivantes, tandis que, pour d'autres maladies, elle est antibactérienne, c'est-à-dire mortelle pour les bactéries, mais non destructrice des poisons sécrétés. La tuberculine, d'après Koch, est une substance, un extrait qui donne l'immunité toxique, mais non l'immunité bactérienne.

Au cours de ses expériences, il a constaté que les bacilles de la tuberculose contiennent deux corps chimiques particuliers, appartenant, l'un et l'autre, à la classe des acides gras non saturés. L'un de ces acides gras est soluble dans l'alcool dilué et est facilement saponifié par la lessive de soude; l'autre ne se dissout que dans l'alcool absolu bouillant ou l'éther et il ne se saponifie que très difficilement. Tous deux prennent la coloration dite du bacille de la tuberculose, c'est-à-dire qu'ils sont colorés en rouge intense par la fuchsine phéniquée et qu'ils conservent cette coloration même après traitement par l'acide nitrique dilué et par l'alcool. Comme par ce traitement le premier des acides gras est dissous par l'alcool et disparaît des préparations microscopiques, il ne reste donc plus, après la coloration des bacilles, que le second acide gras, insoluble dans l'alcool à froid ; c'est celui-ci qui fixe la matière colorante et qui donne au bacille de la tuberculose sa coloration caractéristique.

Au moyen de la lessive de soude chaude, on peut extraire lentement cet acide gras du bacille ; le microscope permet de suivre la marche de cette extraction : l'acide gras sort du bacille sous forme de gouttelettes colorables qui forment, par leur réunion, des gouttes plus grosses ; à ce moment les bacilles conservent encore leur forme, mais non leur coloration spécifique et ils ne se colorent plus qu'à la façon des autres bactéries.

L'examen microscopique du bacille coloré montre que ces acides gras forment, en lui, une couche continue, qu'ils le protègent contre les influences extérieures et qu'ils sont la cause de la difficulté de sa résorption dans l'économie.

Il faut donc détruire cette enveloppe protectrice, si l'on veut rendre résorbables les bacilles tuberculeux. Koch a réalisé ce desideratum de la façon suivante : Après avoir pris des cultures

---

chines pour transports, notamment de la grande agriculture, à travers les mauvais chemins, même à travers les guérets. Quelques-uns cherchaient, sans succès, à employer des locomotives porte-rails.

Des services publics par locomotives routières s'organisaient donc en France et fonctionnaient fort passablement.

L'Exposition de 1867 voyait affluer les véhicules dont l'Angleterre ne voulait plus ; mal vus dans leur pays, les *chauffeurs insulaires du temps* venaient nous encombrer de leurs conceptions bonnes et surtout mauvaises.

Il faut faire encore un saut de quelques années, en accordant une mention à l'ingénieur Guidez qui, en 1869, avec un tracteur à vapeur, remorqua deux omnibus de Moulins à Nevers et retour à la vitesse de 20 kilomètres à l'heure environ, passant ensuite par l'année terrible et les années naturellement stériles qui l'ont suivie pour arriver à la voiture de *Bollée*, le père des constructeurs actuels de ce nom.

La supériorité de Bollée est d'avoir fait des machines vraiment meilleures, d'en avoir *réduit le poids par rapport à la charge traînée*, et d'avoir étudié consciencieusement la question du *foyer* et celle de la *distribution*.

Il va y avoir prochainement, en juillet 1897, une épreuve, qui porte, dès maintenant, le nom de *Concours des gros poids*. Or qu'est-ce donc actuellement qu'un gros poids ? Tout bonnement une voiture pesant une tonne environ et pouvant en transporter une.

Or les gros poids d'alors étaient des voitures qui pesaient jusqu'à trente tonnes. C'était beaucoup pour le peu de services qu'elles rendaient.

Les voitures du constructeur en question pesèrent beaucoup moins ; ainsi l'*Obéissante*, qui circula dans les rues du Mans, vers la fin de 1873, pesait 4.800 kilogrammes avec ses douze voyageurs.

Chacune des deux roues de l'avant-train tournait autour de son propre pivot ; de plus, par un dispositif convenable, si l'une d'elles décrivait des arcs autour de ce pivot, l'autre décrivait des arcs qui variaient en sens inverse. Les mouvements angulaires étaient ainsi naturellement compensés, de telle façon que dans toutes leurs positions, les prolongements de leurs axes horizontaux se rencontraient toujours dans le plan vertical de l'essieu d'arrière, condition indispensable au virage.

La chaudière employée était la chaudière Field chargée sur l'essieu d'arrière ; les machines étaient à deux cylindres à 45°, les roues actionnées séparément.

En 1878, la *Mancelle* fit le voyage de Paris à Nevers ; en 1879, la *Marie-Anne*, locomotive routière, comportait 4 roues motrices, puis la *Nouvelle*, qui, construite en 1880, devait prendre part avec succès à la course Paris-Bordeaux 15 ans plus tard, sous le n° 24.

Tels sont, les noms des voitures les plus intéressantes de la maison Bollée. Car, de ce temps-là, on baptisait une voiture à vapeur comme on baptise maintenant un bateau ou un ballon. Aujourd'hui, les baptêmes seraient un peu trop fréquents.

Malgré tout, M. Bollée, détourné de la construction des voitures par d'autres travaux, par sa fonderie de cloches notamment, avait abandonné vers 1885 la traction sur routes. D'ailleurs, la question ne semblait plus préoccuper personne quand l'Exposition de 1889 réveilla les inventeurs. C'est de cette époque, on peut le dire, que date la renaissance de la locomotion par voitures automobiles.

(*A suivre.*) L. Beguin.

bien desséchées de bacilles très virulents et les avoir longtemps triturées, sans aucune addition, dans un mortier d'agathe avec un pilon de même matière, on mélange à la masse ainsi obtenue de l'eau distillée et on la soumet à l'action de la force centrifuge.

L'appareil employé est un centrifugeur puissant, faisant 4000 tours à la minute; on prolonge son action 3/4 d'heure. Le liquide se partage alors en une couche supérieure d'un blanc opalescent, mais bien transparente, ne contenant plus de bacilles de la tuberculose et un dépôt boueux très adhérent. Ce dernier dépôt peut être lui-même réduit en liquide par des triturations et des centrifugations successives, de sorte que tous les bacilles sont réduits en liquide non colorable, et injectable sous la peau sans provocation d'abcès.

La première couche opalescente est désignée sous le nom de tuberculine O (Oberste, supérieure) et le dépôt boueux sous le nom de tuberculine R (résiduale), ou par abréviation T. O et T. R. Or c'est T. R. que M. Koch propose d'employer maintenant comme tuberculine injectable et thérapeutique. Pour conserver cet extrait, on l'additionne de 20 % de glycérine ; l'emploi et le dosage du produit ainsi obtenu sont très simples : les injections sont faites comme pour la tuberculine, au dos avec une seringue stérilisable. Le liquide contient, par centimètre cube, dix milligrammes de substance solide ; pour l'emploi, on le dilue au degré voulu avec la solution physiologique de sel marin et non avec la solution phéniquée. On commence par un cinq centième de milligramme (1 milligr. pour 500). C'est une dose si minime qu'il ne survient de réaction que dans des cas exceptionnels ; si le fait se produisait, on diluerait encore davantage. Les injections sont faites environ tous les deux jours, en augmentant assez lentement la dose, pour que l'on puisse éviter des élévations de température de plus d'un demi-degré. Toute élévation de température provoquée par une injection doit avoir complètement disparu, avant que l'on fasse une nouvelle injection. On peut aller jusqu'à la dose de 20 milligrammes.

Si l'on veut immuniser des animaux, on leur injecte d'emblée la dose qu'ils peuvent bien résorber, 2 à 3 milligrammes pour les cobayes, davantage pour les animaux plus gros. Chez les animaux tuberculeux, on doit naturellement débuter par des doses bien plus faibles, car une dose de 2 milligrammes peut être mortelle dans certaines conditions.

On a expérimenté les injections de T. R. sur des malades atteints de lupus, et il est à remarquer que les réactions locales ont été très faibles : cependant l'amélioration s'est faite d'une manière continue. De même, chez les phtisiques, il n'y a pas eu les réactions bruyantes, bien connues, de la tuberculine, qui provoquaient une infiltration passagère des parties malades du poumon. Avec TR, en général, le seul symptôme local a été une augmentation des râles, faible et passagère. Au bout de quelques injections l'expectoration diminuait et même se tarissait tout à fait, et on ne trouvait plus de bacilles dans les crachats. Parallèlement, les bruits de râles disparaissaient des parties malades du poumon et la zone de matité diminuait d'étendue.

Les malades augmentaient de poids et leur température baissait rapidement, pour revenir à la normale.

D'après Koch, l'immunisation complète se produit environ deux ou trois semaines après l'emploi de fortes doses. Comme la maladie évolue très vite chez les cobayes, la guérison de la tuberculose pour ces animaux ne s'obtient que si le traitement est précoce, s'il commence une ou deux semaines après l'inoculation.

Cette règle est applicable à l'homme tuberculeux, dont le traitement ne doit pas commencer trop tardivement. Au début, on administrera des doses si faibles qu'on ne peut s'attendre à produire une immunisation notable ; ce n'est que lorsqu'on arrivera à des doses plus fortes, 1/2 ou 1 milligr., que l'action de l'immunisation sera évidente. Il en résulte une limite à l'utilité de la préparation. Un malade qui n'a plus que quelques mois à vivre, ne peut en espérer aucun bienfait. Il est inutile aussi, de vouloir traiter, avec ce remède, les malades qui sont atteints d'affections secondaires, et en particulier de celles que causent les streptocoques, et chez lesquels les processus septiques ont relégué la tuberculose au second plan. Il est évident qu'une immunisation contre la tuberculose ne peut avoir aucune influence, au moins immédiate, sur les streptocoques et les autres micro-organismes pathogènes qui, dans la tuberculose avancée, jouent souvent un rôle si fatal. Ces conditions défavorables peuvent d'ordinaire se reconnaitre à la marche de la température. A ce point de vue l'expérience a appris que les malades, dont la température s'élève au-dessus de 38° sont rarement accessibles au traitement spécifique de la tuberculose.

CHIRURGIE PRATIQUE

Tuberculose osseuse.
Tuberculose vertébrale.

(*Suite et fin, voir le numéro* 16.)

III

Le traitement du mal de Pott doit être divisé en :

1° Mécanique ou orthopédique ;
2° Opératoire ou chirurgical ;
3° Général ou médical ;

1° *Traitement mécanique.* L'indication varie suivant que :

a Le processus tuberculeux revêt un caractère inflammatoire, les lésions manifestant une tendance à l'extension, il faut pratiquer le décubitus permanent. On peut employer le simple repos au lit sur un matelas consistant. La gouttière de Bonnet, qu'on peut placer sur un chariot est plus avantageuse. Enfin on peut fabriquer le lit plâtré de Lorenz : le malade est couché sur le ventre, on place des coussins sous le front, les clavicules, les cuisses. On attend un moment, de façon que le rachis s'affaisse, on recouvre le dos d'ouate, matelassant bien la gibbosité, puis on place des bandes plâtrées imbriquées dans les sens verticaux et transverses, de façon à constituer un lit.

b La maladie est arrivée au stade de consolidation. Il faut permettre aux enfants de se promener, en maintenant la colonne au moyen d'un appareil portatif. L'appareil pourra être exécuté avec du cuir moulé par un orthopédiste. Ou mieux, le médecin fera un corset de Sayre. On l'appliquera sur le sujet en suspension verticale, ce qui étend la colonne et en redresse les courbes. On suspend, au moyen d'un arc de fer auquel sont attachés un collier embrassant l'occiput et le menton et deux bracelets passant sous les aisselles. Le sujet devra toujours tenir au sol par l'extrémité des pieds. Si on le suspendait sans point d'appui inférieur, on risquerait un accident grave. Tel était à peu près le seul traitement du mal de Pott, jusqu'à ces 2 dernières années.

2° *Traitement chirurgical.* Bien des tentatives plus ou moins audacieuses ont été faites pour combattre la tuberculose vertébrale par la chirurgie: grattages, curettages, évidements, lamectomies, drainage prévertébral, etc., mais le peu de succès de ces opérations les a fait tomber dans l'oubli.

Tout récemment, M. Chipault vient d'utiliser le traitement chirurgical pour obtenir l'immobilisation plus complète des vertèbres. Il pratique la suture métallique des apophyses épineuses des vertèbres malades. Cinq cas opérés ont fourni cinq succès opératoires et quatre fonctionnels.

Il conseille d'employer cette opération dans les cas de gibbosité petite ou moyenne, à début brusque ou à croissance rapide, plus ou moins réductible sous le chloroforme, s'accompagnant d'une grande faiblesse rachidienne ; on l'évitera avec soin, au contraire, si la lésion est en voie de réparation et qu'il paraisse s'y former une ankylose.

Le malade, endormi au chloroforme, étant placé sur le ventre, aux trois quarts de pronation, le dos tourné vers l'opérateur, une incision longitudinale est faite sur la ligne apophysaire, dépassant de deux ou trois vertèbres au moins en haut et en bas, les limites extrêmes de la gibbosité ; sans toucher aux ligaments interépineux, la crête apophysaire est grossièrement dénudée à droite et à gauche, puis deux écarteurs larges et un peu profonds, recourbés à leurs extrémités, ramassant les muscles des gouttières vertébrales, sont placés l'un à droite, l'autre à gauche. La face postérieure du rachis étant ainsi mise à nu, sur l'étendue nécessaire, deux aides, l'un par traction axillaire, l'autre par traction sur les membres inférieurs, essayent de réduire la gibbosité, avec la même prudence que si l'on voulait mettre un corset plâtré lorsqu'il s'agit d'une cyphose pottique (1). La réduction plus ou moins obtenue, un fil d'argent, de grosseur variable suivant les cas, est passé à travers le ligament interépineux sus-jacent à l'apophyse la plus haute que l'on veut fixer, au ras du bord supérieur de cette apophyse et le plus près possible de sa base, puis coupé, de manière que dépasse, de chaque côté de la perforation, une longueur de fil double de la longueur de la plaie. C'est avec ces deux longueurs qu'il va falloir faire les ligatures apophysaires: il suffit pour y réussir de passer chacun des fils, en les croisant, dans l'espace interapophysaire sous-jacent à celui qui a été traversé, puis dans chacun des suivants, jusqu'à ce qu'on soit arrivé au-dessous de la dernière apophyse découverte, sous laquelle on tord solidement les deux fils en roulant leurs extrémité ; il est essentiel, au cours des manœuvres, de passer les fils, dans chaque espace, au ras du bord inférieur de l'apophyse sus-jacente, de façon à pouvoir, à mesure qu'on avance, tendre et maintenir en extension, sur ce point d'appui solide, la partie supérieure du rachis, et de ne point passer à une boucle nouvelle avant que la solidité et la valeur orthopédique de la boucle précédente ne soient bien assurées.

Les parties molles, sont, bien entendu, suturées sans drain.

L'opération a duré un quart d'heure.

Elle a pu rencontrer plusieurs petites difficultés qu'il est utile de signaler, et qui tiennent à des dispositions anormales des apophyses épineuses.

a) Les apophyses peuvent se couper sous le fil d'argent ; on fera alors la ligature à l'aide de grosse soie plate.

b) Les apophyses correspondant à la gibbosité peuvent être bifides, particularité qui, tout en rendant la fixation des fils plus facile pourrait gêner la dénudation de la crête apophysaire, si l'on n'y songeait point.

c) Les apophyses correspondant à la gibbosité peuvent être ankylosées l'une à l'autre : si cette circonstance, se rencontrait, il faudrait, pour placer les ligatures, forer un orifice à travers la masse des apophyses, avec un perforateur dont la mèche agit perpendiculairement au manche, et qui supprimerait l'inconvénient opératoire pouvant résulter de cette petite anomalie.

On le voit, dans n'importe quel cas, rien n'est plus simple et plus facile que la pratique de l'orthopédie vertébrale opératoire.

Il est bon d'ajouter que, si, plusieurs années après l'application des ligatures apophysaires, alors que l'on devra supposer définitivement guérie l'affection osseuse, contre laquelle on les dirige, ces ligatures paraissaient entraver localement le développement ou la motilité du rachis, rien ne serait plus facile que de les enlever c'est-à-dire de faire, au lieu de ligatures apophysaires définitives, des ligatures apophysaires temporaires, à longue échéance.

L'opération de la ligature apophysaire des vertèbres dans le mal de Pott exige pour réussir une grande docilité de la part de l'enfant, et une intelligente sollicitude de la part des parents. De plus, et cela est essentiel, *les ligatures apophysaires ne constituent pas un traitement qui se suffise à lui-même.* Tout rachis ligaturé doit être immobilisé rigoureusement et plus ou moins longtemps, suivant la nature de l'affection traitée ; il serait aussi absurde d'abandonner, dans un pansement ordinaire, un mal de Pott ligaturé, qu'un tibia ostéotomisé ou qu'une fracture suturée. Les ligatures apophysaires n'ont pas pour but de suppléer l'immobilisation orthopédique ; elles ont pour but de la rendre plus facile et plus fructueuse.

Le Dr *Calot*, de Berck-sur-Mer, a présenté le 22 septembre 1896, à l'Académie de Médecine,

(1) Chipault. Communication au Xe Congrès de chirurgie, mercredi 21 octobre 1896.

la relation de 37 cas de mal de Pott traités par une nouvelle méthode de redressement que nous allons résumer maintenant, en la comparant à la méthode de M. Chipault.

M. Calot commence par procéder au redressement de la gibbosité, sous le chloroforme. L'enfant, retourné sur le ventre, est soutenu au-dessus de la table par deux aides, qui saisissent, le premier la tête, le deuxième les membres inférieurs. Un aide supplémentaire est adjoint à chacun d'eux ; l'un, qui applique les mains sous le sternum et les clavicules, l'autre qui applique les mains sous le pubis ou même sous la région ombilicale.

Les deux premiers aides tirent à eux, fortement, comme s'ils voulaient allonger le tronc (et ils l'allongent en vérité), et secondés par les deux autres, portent ensuite en haut les deux extrémités de l'arc rachidien, comme pour l'infléchir en arrière.

Pendant ce temps, les mains du chirurgien appliquées directement sur la gibbosité exercent en ce point une pression extrêmement vigoureuse, allant peu à peu jusqu'à l'extrême *limite des forces*, en procédant avec méthode, jusqu'à ce que, enfin, les vertèbres déplacées soient rentrées au niveau ou même au-dessous des vertèbres voisines.

L'on perçoit sous la main et l'on entend même quelquefois des craquements osseux, qui témoignent du désengrènement des deux segments rachidiens et du glissement des vertèbres les unes sur les autres.

La correction parfaite n'est pas longue à obtenir ; une à deux minutes suffisent généralement. Il n'y a pas d'accident à redouter, si l'on procède avec méthode. Bien au contraire, l'on est surpris de la facilité relative avec laquelle la correction s'obtient.

Tout n'est pas fini : il s'agit de maintenir *complètement et rigoureusement, sans trop faire* souffrir le malade, les deux segments replacés.

M. Calot a imaginé, dans ce but, un grand appareil plâtré circulaire, embrassant la totalité du tronc depuis la tête inclusivement jusqu'au *bassin inclusivement*.

« Tandis qu'un aide vigoureux me remplace, pour exercer sur la gibbosité déjà disparue une pression très solide, j'applique immédiatement, sous le chloroforme, mon bandage plâtré, circulaire, par dessus une couche d'ouate, mais en mettant à la place de la gibbosité des tampons d'ouate entrecroisés, qui me permettent de serrer mes bandes plâtrées avec une grande force sans avoir à redouter pour l'enfant une gêne dans les fonctions des viscères thoraciques ou abdominaux. Dix à quinze minutes suffisent pour la construction de l'appareil ; à la quinzième minute, le plâtre est solide. L'enfant peut se réveiller : l'opération est terminée ; elle a duré un quart d'heure à vingt minutes.

« Cet appareil plâtré restera en place trois à quatre mois. Lorsqu'on l'enlève, le dos est plat ou peut-être maintenu plat sans chloroforme. On remplace l'appareil par un autre exactement semblable, qui a la même durée.

« Après le deuxième ou tout au moins après le troisième appareil, l'enfant est autorisé à marcher avec un corset. Il entre dans la période de convalescence.

« La correction de sa difformité a donc demandé de cinq à dix mois.

« Par l'intervention que je viens de décrire, la bosse se corrige sans un coup de bistouri et sans l'effusion d'une goutte de sang. Mais je fais précéder volontiers le redressement du rachis de l'ablation du segment cutané, souvent épaissi, qui recouvre la bosse et de l'ablation des apophyses épineuses saillantes.

« Ce n'est pas précisément parce qu'elle me donne une légère correction supplémentaire que j'ai recours à cette petite opération préliminaire, mais parce qu'elle me permet d'exercer avec ma main appliquée sur la bosse une pression plus précise et de percevoir mieux les progrès du redressement que je fais, et encore parce que cela me met presque sûrement à l'abri des eschares que pourraient produire, sous un appareil plâtré, aussi fortement serré, les apophyses épineuses saillantes.

« Je suture la peau au catgut, pour n'avoir plus à toucher à la plaie ; et, par dessus un pansement antiseptique, j'applique le même grand appareil plâtré. »

Il est des cas où la correction complète de la bosse ne peut être obtenue par le simple redressement : par exemple, lorsque la consolidation des deux segments du rachis est déjà terminée et qu'ils sont réunis suivant un angle plus ou moins vicieux par un gros cal osseux bien solide ; ce cal ne se laissera pas rompre par les manœuvres orthopédiques exercées sur le dos de l'enfant ; celles-ci n'agiront que sur des points situés au-dessus et au-dessous de ce segment soudé.

Encore ici, le résultat ne pourra être obtenu complet, que si l'on s'en va briser, par une opération sanglante, ce cal situé en avant de la moelle. Dès qu'on aura ainsi mobilisé les deux segments, on pourra les faire pivoter l'un sur l'autre, pour amener le redressement complet du rachis.

Cette résection cunéiforme de la colonne vertébrale, se pratique de la manière suivante : Un coin osseux est enlevé derrière la moelle épinière ; on détache la moelle de la partie postérieure de l'angle de soudure du rachis, avec le bec d'une sonde, en la faisant soulever ensuite sur une sonde cannelée recourbée en crochet, on va sectionner le cal réunissant les corps vertébraux.

« Je me suis servi pour faire cette section d'un ciseau à froid très tranchant et très étroit, je l'ai poussé tout à la fois vigoureusement, avec l'effort de mes deux mains, et prudemment, millimètre par millimètre, en faisant, au fur à mesure que j'avançais, des mouvements d'écartement. J'ai pénétré dans les divers sens jusqu'à trois centimètres de profondeur environ ; à ce moment, un dernier mouvement d'écartement a amené la séparation complète de la colonne vertébrale.

« Le segment supérieur a été alors saisi par deux aides, le segment inférieur par deux autres, et, dirigeant leurs manœuvres, j'ai fait pivoter les deux tronçons rachidiens, l'un sur l'autre, sur leur surface de section, jusqu'à ce que la brèche, pratiquée sur la partie postérieure du rachis ait été fermée, c'est-à-dire que la lèvre supérieure de cette boutonnière se soit mise au contact de la lèvre inférieure.

« Dans ma première opération, la moelle qui

avait été mise à nu sur une longueur de près de six centimètres) a dû se plisser et j'ai mieux aimé laisser persister entre les lèvres osseuses un petit hiatus de un centimètre que j'ai comblé avec les débris du périoste et les muscles voisins suturés au catgut.

« Dans une seconde opération, la moelle est rentrée d'elle-même en place. »

M. Calot insiste sur ce fait qu'il n'a jamais eu d'accidents à déplorer, ni paralysie, ni mort. Parmi ses opérés, il en est un, à la vérité qui, opéré pour une bosse datant de huit ans, qu'il avait effacée entièrement dans une seule séance par un effort très vigoureux a présenté au huitième jour des phénomènes de lourdeur et de parésie des membres inférieurs. On a changé l'appareil pour diminuer légèrement la compression : la parésie a cédé peu à peu, et dix à douze jours plus tard, il n'en restait plus de traces.

Chez cet enfant et chez trois autres, se sont produites, par suite de la vigueur de la compression, des petites eschares cutanées, sans gravité du reste.

« Parmi mes opérés, il en est deux chez qui sont apparus, au quatrième et au sixième mois, des abcès de la fosse iliaque et de la fesse. Ces abcès ont été traités par les moyens ordinaires, sans interruption du traitement orthopédique, et, chez l'un des deux, l'abcès est déjà guéri.

« Par contre, il est trois de mes malades qui avaient, au moment de l'opération, des abcès par congestion, palpables dans la fosse iliaque. Chez tous les trois, les abcès se sont spontanément et complètement résorbés.

« Je puis ajouter que la santé générale d'aucun de mes enfants n'a été compromise par ces opérations. Au risque d'être taxé d'exagération, je dirai même que l'état général de presque tous a paru s'améliorer grandement, sous l'influence de ce traitement qui, dès le premier jour, semblait avoir modifié favorablement les fonctions des viscères thoraciques et abdominaux. »

M. Calot montre enfin que, grâce à son procédé, on peut prévenir, dans tout mal de Pott, l'apparition de la gibbosité. Il suffit de faire sous le chloroforme l'extension forcée, la flexion en arrière de la colonne vertébrale de l'enfant, chez qui on a diagnostiqué l'existence d'un mal de Pott à la période d'incubation, et d'immobiliser son rachis, dans cette attitude d'hyperextension, avec le grand appareil plâtré circulaire qui est le seul appareil réalisant l'immobilisation absolue de la totalité du tronc.

De plus, lorsque la gibbosité ne date encore que de quelques mois, on peut obtenir la restitution *ad integrum*, le retour à l'attitude et à la forme normale du tronc.

On pourra donc guérir désormais tous les enfants atteints de mal de Pott sans difformité (ce qu'on ne pouvait pas jusqu'alors), en les redressant immédiatement et en les maintenant dans le grand appareil plâtré circulaire.

En outre de cet avantage inappréciable, M. Calot fait remarquer que son traitement est celui qui a la durée la plus courte : 5 à 10 mois au lieu de 2 à 3 ans, comme dans les anciennes méthodes.

C'est le traitement, qui est le plus facile à observer ; celui qui sauvegarde le mieux en même temps que l'intégrité des fonctions respiratoires et digestives, la santé générale de l'enfant. Les mères, dont les enfants ont été ainsi traités sont là pour le témoigner.

En résumé : Possibilité de corriger en totalité ou en très grande partie les bosses déjà constituées. — Possibilité de les éviter ou de les effacer entièrement lorsqu'elles viennent d'apparaître, telles sont les conclusions du travail de M. Calot.

Comme on le voit, le traitement de M. Calot est plutôt applicable aux enfants et la ligature apophysaire de M. Chipault, aux adultes.

3° *Le traitement général ou médical* du mal de Pott consiste en ceci : bonne hygiène et, autant que possible, vie au grand air. Le séjour au bord de la mer donne de merveilleux résultats.

Comme tonique et reconstituant, l'huile de foie de morue est excellente, si elle est bien supportée, ce qui est rare ; on peut lui substituer le sirop iodo-tannique.

Dr Paul Huguenin.

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

Diagnostic de la grossesse au début,

Par le Dr Paul Petit.

Chacun des signes de *certitude* de la grossesse, *bruits du cœur fœtal*, *perception des parties fœtales*, *perception des mouvements actifs*, a, en lui-même, une valeur absolue qui lui permet de se passer de l'appui des autres. Mais ces signes n'apparaissent que vers le cinquième mois.

Est-ce à dire qu'avant cette époque avec les signes dits *de présomption*, de *probabilité*, on ne puisse que *présumer la grossesse* ou la croire *probable ?* Assurément non et, ici encore, il ne faut attribuer à l'épithète classique qu'un sens *individuel*, car les modifications apportées à l'organisme maternel, dès les premiers mois, sont telles, qu'elles peuvent déjà, sinon isolément, du moins par leur *ensemble*, donner, sauf circonstances exceptionnelles, la *conviction* désirable.

Une femme enceinte n'a jamais *ses* règles, celles qu'elle a d'habitude. Elle peut perdre du sang au moment de ses époques, mais jamais cette perte anormale n'est semblable comme *abondance*, *aspect* et *durée* aux menstrues antérieures.

Il faut noter, comme symptômes très précoces : le *ptyalisme* assez rare ; la *syncope* plus commune et qui peut être provoquée par l'examen gynécologique ; les *somnolences* ; les *vomissements*, qui surviennent dans la moitié environ des cas, et sont analogues, lorsqu'ils se produisent à jeun, à la pituite des ivrognes.

La recherche des *modifications de coloration de l'aréole mammaire* et des *tubercules de Montgommery* n'a de valeur que chez les primipares. Certaines femmes présentent au moment de leurs règles et dans des circonstances diverses, aussi bien qu'au début de la grossesse, une *augmentation de volume des seins* avec présence de *colostrum*, *picotements*, *démangeaisons*. Mais ce qui est moins sujet à l'erreur, c'est le grand *développement du réseau veineux sous-cutané* dans la même région.

La *coloration violacée ou simplement bleutée, des parties génitales externes* ne manque pour ainsi dire jamais et prend une grande valeur, quand rien en dehors de la grossesse (prolapsus avec varicocèle pelvien, tumeur pelvienne...) ne peut l'expliquer. Le *vagin est ramolli*, œdématié. Les sécrétions vagino-utérines ont une *odeur spéciale*. La *leucorrhée*, pour peu qu'elle existât auparavant, augmente toujours d'une façon notable.

Dès les premières semaines de la gestation, *l'extrémité du museau de tanche se ramollit*, mais cette modification de consistance peut être assez difficile à apprécier à ses débuts, sur un col malade, scléreux.

Bien autrement importantes sont les modifications de *volume*, de *forme* et de *consistance* du *corps* de l'utérus. Pour les bien apprécier, il est indispensable, comme dans tout examen gynécologique un peu minutieux, d'obtenir un relâchement aussi complet que possible de la paroi abdominale, en mettant les membres inférieurs en demi-flexion, en calmant par de bonnes paroles l'émotivité de la femme, en lui demandant des inspirations larges et profondes, en procédant enfin au palper combiné d'une façon *progressive et soutenue*.

Le *corps* de l'utérus gravide a le *volume* : à la fin du premier mois, d'une petite mandarine ; à la fin du deuxième mois, d'une petite orange ; à la fin du troisième mois, d'un petit poing d'adulte.

D'allongé qu'il était, en *forme de poire*, il devient nettement *sphérique*. Ce changement de forme, joint à l'augmentation de volume, fait que *son segment inférieur vient bomber dans le cul-de-sac vaginal* aussi bien en arrière qu'en avant du col. Ce caractère est très facile à apprécier pour peu que, touchant avec deux doigts, index et médius, on abaisse tant soit peu le fond de l'utérus avec la main abdominale.

Les *alternatives de contraction et de relâchement* du corps utérin constituent évidemment un très bon signe, mais ne sont presque jamais saisissables.

Le plus souvent l'organe se présente en état de relâchement et offre alors, tout à la fois, une *renitence profonde analogue à celle d'un ballon rempli d'eau* et une *mollesse superficielle, pâteuse*, due aux modifications évolutives de ses parois.

En vérité, cette tuméfaction médiane, lisse, globuleuse, de consistance toute spéciale, en continuation directe avec le col utérin et bombant uniformément dans le vagin, coïncidant avec les signes généraux sus-indiqués, ne peut guère donner le change avec quoi que ce soit, dès la fin du deuxième mois de la gestation, à moins de circonstances exceptionnelles rendant l'examen très difficile, telles que : embonpoint excessif, vigilance outrée des muscles abdominaux, tumeurs surajoutées.

Cependant, pour éviter l'erreur, l'erreur simplement préjudiciable ou désastreuse pour les trois parties en cause, il est indispensable : 1° De ne jamais faire d'examen gynécologique sans penser à la grossesse ; 2° ne jamais attacher qu'une importance très relative à l'interrogatoire des femmes qui peuvent sciemment ou non vous induire en erreur ; 3° établir le diagnostic principal, avant de recourir au cathétérisme, auquel il ne faut jamais demander qu'un *complément d'informations* : direction et dimensions de la cavité utérine au centre d'un fibrome interstitiel déjà reconnu, rapports de l'utérus avec un kyste de l'ovaire, lieu d'implantation d'un polype, etc.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les Compagnies d'assurances Accidents.

Les démêlés des médecins avec les Compagnies d'assurances contre les accidents qui veulent les exploiter, sont loin d'être terminés — c'est une question de tous les jours.

Voici un fait qui montre que la résistance s'impose à nous, si nous voulons faire admettre par ces compagnies nos justes revendications.

Notre confrère le Dr Jacob, de Montsurs (Mayenne) a succombé personnellement — et nous le regrettons — mais la compagnie *la Zurich* a dû capituler. L'échec du Dr Jacob ne devrait, d'ailleurs, être que momentané.

Voici sa lettre :

Mon cher Directeur,

En lisant les démêlés de nos confrères de Reims avec *la Zurich*, dans le bulletin des syndicats du Concours (27 mars 1897), je me suis décidé à vous faire part de mes propres discussions avec cette compagnie et surtout avec son représentant au Mans.

Il existe à 10 kilomètres de chez moi un chantier où l'on débite des bois de toute nature, pour diverses industries. Les ouvriers qui travaillent à ce chantier habitent soit le long de la Chapelle-Anthenaise, distant de 12 kilomètres de chez moi (médecin le plus rapproché), soit le long de Châlons (distance de 8 kilomètres), soit des fermes intermédiaires entre Châlons et la Chapelle-Anthenaise. Je demandais à la Compagnie 10 francs par visite à la Chapelle-Anthenaise, et 7 francs par visite à Châlons ; les pansements et opérations en plus, au tarif minimum du Syndicat ; *les certificats de blessure et de guérison gratuits*. La Compagnie m'offrait un forfait de 10 fr. par accident, tous les soins à ma charge. Naturellement j'ai refusé. Après pourparlers nombreux on a fini par me payer ma note de 1896, qui s'élevait au chiffre de 300 francs environ. Seulement on m'a retiré mon mandat et on a cherché à Laval, ou dans les environs, un confrère qui voulut bien accepter d'aller au rabais. Tous les confrères de Laval et des environs auxquels j'ai expliqué la situation, ont promis de ne pas céder, et ils ont tenu leur promesse.

L'Agent général au Mans, qui avait essayé de jeter la division dans nos rangs, par tous les moyens possibles, a été obligé de honteusement capituler. Le Dr A... fils, de Laval, a hérité de mon titre de médecin de la Compagnie la Zurich, au tarif suivant :

10 francs par chaque certificat de blessure et de guérison ;

1 franc du kilomètre à l'aller, pour visiter les blessés.

Tous les pansements, toutes les opérations au tarif du Syndicat. Comme mon confrère est beaucoup plus éloigné que moi du chantier, il s'ensuit que pour un blessé au bourg de la Chapelle-Anthenaise, il demande 12 francs par visite, plus 10 fr. de certificat, là où je demandai 10 fr. seulement, par visite (sans faire payer le certificat) et pour un blessé au bourg de Châlons 15 à 18 fr. pour chaque visite, plus 10 fr. de certificat, là où je demandais 7 francs par visite sans faire payer le certificat.

Voilà le joli résultat obtenu par nos confrères, vis-à-vis d'une compagnie qui m'offrait un traitement dérisoire et voulait me mettre dans la cruelle alternative ou de mal remplir mes fonctions de mé-

decin de cette compagnie et de négliger des blessés, faute d'une rémunération suffisante, ou de faire de la médecine au rabais et d'une façon déshonorante. On m'a expulsé, cela est vrai; mais mon confrère profite d'un prix honorable et rémunérateur, et ce qu'on a fait pour le confrère de Laval, on le fera, j'espère, pour tous les autres médecins de la Zurich dans toute la France.

Je pense que nos confrères de Reims s'empresseront d'établir les tarifs de Laval. Il faut que le préjudice que je me suis causé en défendant cette bonne cause, ne soit pas perdu pour la grande famille médicale; le premier pas est fait, il n'y a plus qu'à suivre. D'ailleurs, le président du Syndicat de Laval, qui m'a fortement soutenu dans toutes nos revendications vis-à-vis de l'agent général de la Zurich, au Mans, a en main toutes les pièces de cette discussion; si nos confrères de Reims ont besoin de renseignements, ils les trouveraient au bureau du Syndicat de la Mayenne, ou auprès de moi.

J'ai pensé que cette lettre pouvait vous intéresser ainsi que nos confrères.

Bien cordialement à vous.

Dr A. Jacob.

Le résultat nous semblerait parfait si le Dr Jacob n'avait eu personnellement à en souffrir. Il nous semble que les médecins auxquels les Compagnies s'adressent devraient, d'une part, maintenir un tarif rémunérateur et, d'autre part, stipuler qu'ils ne veulent pas accepter l'investiture aux dépens de leurs confrères.

Les blessés devraient pouvoir s'adresser à leur médecin habituel.

Certaines Compagnies ne font pas de difficulté sur le libre choix du médecin par les blessés; nous ne voyons pas pour quelles raisons les autres Compagnies montreraient des exigences différentes.

D'autant plus qu'en droit strict, le blessé peut toujours se faire soigner par qui a sa confiance et que les Compagnies ne peuvent exiger que les deux certificats de constatations émanent de leurs médecins propres : elles n'ont pas le droit d'imposer un médecin pour les soins.

L'usage des hôpitaux de province.

Monsieur le Directeur,

« J'ai l'honneur de vous soumettre la question de déontologie suivante, dont l'importance ne vous échappera pas, et qu'il importe de faire trancher par nos associations professionnelles.

Un docteur, chargé d'un service de chirurgie à l'hospice de N., a-t-il le droit, non seulement de faire payer aux malades leur séjour à l'hôpital, comme cela se passe à Paris, mais de leur faire verser comme *honoraires de ses opérations* une somme variant de 100 fr. à 300 fr. et plus?

Ce médecin recevant déjà un traitement d'au moins 900 fr. de l'hospice, cela ne constitue-t-il pas au profit de ce praticien un privilège énorme, puisqu'il se réserve seul la disposition d'une salle d'opérations aménagée suivant les derniers progrès de la science?

Je ne sache pas que pareil fait se passe dans les hôpitaux de Paris où les opérations sont gratuites.

N'y a-t-il pas moyen de forcer ce médecin à *opérer gratuitement à l'hôpital*? Sinon, ne peut-on faire payer soit à l'hospice, soit à ce praticien une *patente* comme on paient les cliniques privées, puisque l'hospice et le médecin tirent un bénéfice des malades au lieu de se contenter de les soigner gratuitement.

Je vous serai obligé, mon cher Confrère, de me faire connaître votre avis aussitôt que possible, et vous prie d'agréer l'assurance de mes meilleurs sentiments.

D^r X.

Il existe de petits hôpitaux de province qui ont bien voulu consentir à jouer le rôle de maison de santé pour opérations. Les commissions qui les dirigent ont dit à *tous* les médecins de la région :

« Nous savons que vous pouvez avoir besoin, « pour votre clientèle payante, d'une bonne salle « d'opérations et aussi d'un personnel spécial « pour les soins consécutifs à donner à vos opé« rés. En conséquence nous sommes prêts à ou« vrir notre établissement à cette catégorie de « vos malades, à condition : 1° qu'il y ait de la « place; 2° que ces malades payent la journée « de séjour le double du prix ordinaire, et, de « plus, les honoraires à leur médecin, les pan« sements et médicaments au pharmacien, les « frais de garde de nuit, etc..., et tous les sup« pléments qu'ils pourraient réclamer. En un « mot, nous mettons nos locaux seulement à la « disposition de *tous* les médecins de la région, « pour les malades payants, sans qu'il puisse « être porté préjudice aux ressources réservées « à nos indigents; nous acceptons, *quand il y a « place*, de jouer le rôle de maison d'opérations « pour tout médecin qui nous réclame ce se« cours, et qui se trouve alors sous notre toit, « comme dans sa clientèle. »

Il est évident que cet arrangement n'offre que des avantages, et pour le public et pour les médecins : il est à tous égards inattaquable. On doit même souhaiter qu'il se généralise.

En revanche, nous verrions d'un autre œil un confrère qui, chargé seul d'un service public, ferait, à l'aide des facilités que lui donne ce service, une sorte de drainage des cas chirurgicaux et des honoraires qu'ils comportent, au détriment des autres médecins. C'est là un abus dont la commission hospitalière ne doit pas se faire complice.

Notre correspondant fera bien de s'entendre avec les confrères lésés pour éclairer la commission et le chirurgien sur les inconvénients du procédé. Il est à peu près certain que cette démarche collective aura de suite son effet utile, préférable à celui que produirait l'intervention d'une Association professionnelle plus ou moins éloignée et plus ou moins influente.

REPORTAGE MÉDICAL

Le Conseil municipal de Paris et les services hospitaliers. — Plusieurs propositions intéressantes viennent d'être faites au Conseil municipal de Paris, au sujet de la médecine et de l'assistance publique.

M. Girou a demandé la reconstruction totale de l'hôpital Broussais, en commençant par un pavillon affecté à la chirurgie.

M. Fourest, considérant que les médecins du bureau de bienfaisance ne sont pas tenus de visiter à domicile, après 5 heures du soir les indigents malades, et que le service de nuit ne commence qu'à dix heures, a invité l'administration à organiser un

service médical gratuit pour les indigents et nécessiteux entre 5 et 10 heures du soir.

M. Strauss a réclamé l'établissement de services spéciaux pour les maladies du larynx, du nez, des oreilles, dans les hôpitaux ; de consultations pour ces mêmes maladies, ainsi que pour celles de la peau, du système nerveux, et pour la gynécologie, dans les hôpitaux et les dispensaires ; de plus, il a demandé l'augmentation du nombre des services de maladies d'yeux, et le recrutement spécial d'oculistes des hôpitaux.

M. le D[r] Dubois a fait voter l'installation d'un laboratoire de radiographie à l'hôpital Trousseau. Il a sollicité, de plus, l'affectation des locaux de l'ancienne Faculté à un musée de médecine et de chirurgie, et en même temps au Laboratoire de bactériologie de la ville de Paris.

— Association médicale mutuelle du département de la Seine. — L'Association médicale mutuelle a tenu dimanche 7 mars, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sa dixième assemblée générale. Le nombre des membres participants est de 387 et le fonds de réserve s'élève actuellement à plus de deux cent mille francs. L'Association ne thésaurise pas ; elle vient très largement en aide aux confrères malades ; depuis sa fondation elle a déboursé plus de cent mille francs pour l'indemnité de maladie. Cette année même, 16.290 francs ont été payés pour 1.629 journées. L'année 1896 a été bonne, puisque, l'âge moyen des sociétaires étant de 41 ans 2 mois, on pouvait, d'après les statistiques, compter 2.424 journées de maladies pour 387 membres, tandis qu'on n'en a compté que 1.629, soit en moyenne 4,2 journées pour chaque tête. L'Assemblée générale a procédé à l'élection du bureau. Le président Rondeau, que son état de santé a forcé à se tenir, presque toute l'année, éloigné de Paris, a dû donner sa démission. On a récompensé son dévouement, en le nommant président d'honneur. M. Descout avait toute l'année, comme vice-président, dirigé la Société. Il a été nommé président. MM. Peyrot et Laborde ont été nommés vice-présidents. M. Signez, secrétaire général, a été prorogé dans ses fonctions.

— L'insigne du médecin russe. — Afin d'éviter le retour des actes de violence auxquels furent soumis les médecins russes chez les populations qu'affolait la peur des épidémies, le gouvernement russe vient de décider que tout membre du corps médical portera un insigne professionnel distinctif.

Ce serait, dit-on, une petite médaille d'argent ovale avec deux serpents entrelacés.

Signalons à M. Méline cet ingénieux moyen de nous décorer tous à la fois, et dès l'entrée dans la carrière.

— Le rétablissement des tours. — Cette vieille question vient d'être remise sur le tapis par une proposition de M. Dulau à la Chambre des députés. M. Dulau demande que, dans chaque arrondissement, il y ait au moins un hospice pour recevoir les femmes enceintes, et que cet établissement soit doté d'un *tour* et d'un *bureau des abandons* convenablement réglementés au point de vue du secret.

— Le médecin a-t-il le droit de recommander une pharmacie spéciale. — En Prusse, la loi interdit aux médecins d'adresser leurs malades à une pharmacie spéciale pour l'exécution de leurs ordonnances.

En vertu de cette loi, un médecin vient d'être condamné à 300 marcks d'amende pour avoir affiché dans son cabinet de consultation une notice engageant ses clients à faire exécuter leurs prescriptions chez un pharmacien de son quartier.

— Vœux de l'Association médicale de la Gironde. — Les préoccupations actuelles touchant l'avenir de la profession ont fourni à nos confrères de la Gironde l'occasion d'émettre dernièrement, en assemblée générale, des vœux dont les lecteurs du *Concours Médical* ont plus d'une fois entendu parler.

Ces vœux sont ainsi conçus :

« 1° Que, dans chaque Faculté, on enseigne la déontologie en même temps que la législation sur l'exercice de la médecine.

« 2° Que l'étudiant qui aura échoué un nombre déterminé de fois aux examens, ou qui aura subi une condamnation infamante, ne soit pas admis à poursuivre ses études médicales.

« 3° Que le titre universitaire de docteur ne donne pas droit à exercer la médecine ; mais que ce droit soit conféré aux docteurs en médecine de nationalité française, et n'ayant encouru aucune condamnation, par un *jury professionnel* composé d'un certain nombre de médecins pris en dehors du corps enseignant et présidé par un professeur de la Faculté. L'examen devant ce jury devra porter sur des questions de pratique, sur la législation médicale et sur la déontologie.

— Deux points de déontologie médicale, syphilis et tuberculose. — A la Société de médecine de Nantes ont été posées, récemment, deux intéressantes questions de déontologie relative au secret professionnel:

Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune fille, Mlle D...., qui confie à une nourrice son enfant âgé de quatre mois, qu'elle vient d'enlever à sa première nourrice, sous prétexte que le bébé vient mal. Mlle D... est de bonne foi. En réalité l'enfant présente déjà un cortège de symptômes syphilitiques. Six semaines plus tard, le D[r] Lacambre est appelé pour la première fois à visiter ce nourrisson chez sa seconde nourrice, dont l'infection est réalisée. Notre confrère informe la mère, qui prend à sa charge les frais de la maladie de la nourrice.

Peu à peu l'enfant se guérit; Mlle D... le reprend chez elle, se refusant, bien que la nourrice ne soit pas encore rétablie, à l'indemniser désormais des soins médicaux et pharmaceutiques que son état réclame encore. D'où menace de procès. La nourrice, Mme M..., cliente de M. Lacambre, vient voir notre confrère et lui réclame un certificat attestant que l'enfant était dûment syphilitique et qu'elle avait été syphilisée par lui. Ce certificat pouvait-il être refusé en alléguant le secret professionnel ?

La réponse de la Société a été négative à la majorité.

La deuxième question a été posée par M. Polo; elle peut ainsi se résumer. Le médecin qui a constaté l'existence de la tuberculose chez une domestique, envoyée par sa maîtresse pour le consulter, peut-il déclarer la tuberculose à cette dernière qui vient lui demander si elle peut garder la domestique chez elle sans danger de contagion ?

La majorité de la Société a décidé que l'obligation de garder le secret professionnel passe avant tout autre.

— Le sérothérapie de la peste. — Les expériences du D[r] Yersin, à Bombay, paraissent bien donner des résultats favorables : cependant on considère qu'il serait encore prématuré de conclure en affirmant la spécificité absolue du remède.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4180.— M. le docteur *Couturier*, de Trouville (Calvados), membre du Syndicat de l'arrondissement de Pont-l'Evêque.

N° 4181.— M. le docteur *Béal*, d'Argueil (Seine-Inférieure), membre de l'Association des médecins de la Seine-Inférieure.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs *Lingrand*, de Lille, *Duteuil*, de Libourne (Gironde), et *Navault*, de Vichy (Allier), membres du « Concours médical. »

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 18 1er Mai 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »
FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Caisse des Pensions de Retraite.

Le samedi 24 et le dimanche 25 avril, ont eu lieu, au *Siège social*, 22, place Saint-Georges, les séances statutaires du Comité directeur et l'Assemblée générale des membres de la *Caisse des pensions du Corps médical français*. Nous en publierons très prochainement le *compte rendu* in extenso. Nous nous contentons pour le moment d'annoncer à nos lecteurs que la Caisse sert *16 pensions de retraite* et qu'elle possède, à l'heure actuelle, une fortune de *sept cent mille francs*. Le nombre des adhésions reçues assure le recrutement indispensable à sa prospérité. Celle-ci ne peut que s'accroître dans l'avenir.

PROPOS DU JOUR

Tout à la prévoyance.

M. Brouardel présidait, le 11 avril, l'assemblée générale de l'Association des médecins de la Seine, fondée, comme on le sait, en 1833, pour venir en aide aux membres malheureux de la profession médicale.

Après avoir constaté que les demandes de secours allaient toujours dans une proportion rapidement grandissante, tout en restant bien justifiées, il a passé en revue les principales causes de cette triste situation, en les rangeant sous ces deux chefs : encombrement professionnel et transformation des mœurs sociales.

« Il y a quinze ans, disait-il en parlant de l'encombrement, les statistiques estimaient que 12.000 docteurs en médecine exerçaient en France. Si l'on songe qu'à cette heure, et depuis cinq ans, on compte dans nos Facultés plus de 8000 étudiants, il est à prévoir que le nombre des praticiens aura *triplé* dans quinze ans, si quelque circonstance imprévue ne vient mettre un frein à cette surabondance. »

Ces chiffres sont vraiment effrayants. Le malaise actuel n'est rien auprès de ce que l'avenir nous réserve fatalement.

M. Brouardel a été conduit à signaler ce danger inévitable par le désir de mettre en évidence les services, que pourra rendre la bienfaisance.

Mais combien ne sommes-nous pas plus fondés, nous, à crier encore une fois à nos confrères : « Tout doit être, désormais, à la prévoyance. S'il nous est impossible de demander « l'existence à une autre profession que la nôtre, « reconnaissez, sans espoir chimérique, que, « dans quinze ans, elle ne suffira plus à vous « assurer du pain, à vous et à votre famille. « Heureux seront alors ceux qui, même au prix « d'un sacrifice encore possible, auront pris « leurs précautions contre la gêne provenant de « la maladie, contre la moindre activité des vieux « jours, contre le dénûment absolu que, réservera, aux veuves et aux orphelins, la mort prématurée du chef de famille. Vous surtout, les « jeunes de l'heure présente, profitez donc de la « marge, qui vous est encore laissée, pour conjurer le péril de l'avenir. Consacrez, par exemple, tout ce qui vous vient de la médecine publique (assistance médicale, surveillance des « nourrissons, etc.) et tout ce qui ne s'inscrit pas « à la recette journalière, à vous procurer la « sécurité ; puis, vivez du reste.— N'essayez pas « de vous persuader, qu'à force d'habiletés, de savoir faire, même de compromissions répugnantes, les malins échapperont à la loi commune. « C'est impossible, car, comme l'a dit M. le « Doyen, à mesure que l'encombrement se fera « sentir, le terrain d'action se rétrécira aussi par « le changement d'habitudes du public. Il faudra partager entre trois, et *même plus* (parce « que la répartition des médecins sur le territoire « ne se fera pas mieux qu'aujourd'hui), la recette « déjà insuffisante d'un seul.

« Nous ne pouvons plus échapper à la période « des sept vaches maigres.

« Donc, tout à la prévoyance. »

H. Jeanne.

LA SEMAINE MÉDICALE

Variole et varicelle.

Dans plusieurs articles du *Concours*, nous avons eu, déjà, l'occasion de montrer les similitudes, qui existent entre la variole atténuée par la vaccine d'une part et la varicelle d'autre part. Tous les dermatologistes et spécialistes en variole et vaccine, s'accordent à dire qu'il n'y a là qu'une simple apparence d'analogie, mais non une identité de maladie.

Et cependant, on rencontre souvent des faits véritablement surprenants de ressemblance.

M. *Lenhartz* a cité, récemment, à la Société de médecine de Hambourg, 8 cas de varicelle avec période prodromique de 2 à 4 jours, caractérisée par de la fièvre, des maux de tête et de la rachialgie. Sur ces 8 cas, il y en avait 4 chez des adultes.

Chez tous les quatre il existait un exanthème généralisé, qui avait envahi les muqueuses et présentait tous les caractères de l'éruption variolique : pustules entourées d'aréoles inflammatoires, puis formation de croûtes.

Chez un adulte qui se trouvait en contact avec trois enfants varicelleux, il est survenu dans la soirée du 5e au 6e jour après l'éruption, une fièvre violente avec frisson, qui a duré 24 heures.

« Tous les quatre ont présenté une tuméfaction notable des ganglions inguinaux, deux une augmentation de volume de la rate. Deux de ces malades furent obligés de garder le lit, deux autres chez lesquels l'affection était moins grave, pouvaient se lever. Chez trois, l'éruption laissa persister une série de cicatrices gaufrées.

« Le diagnostic différentiel avec la variole était extrêmement difficile chez ces adultes. Toutefois, M. Lenhartz pense qu'il s'agissait plutôt de varicelle. Cette opinion est basée moins sur les caractères de l'éruption, que sur les conditions de vaccination.

« Le premier adulte, une femme, a été infecté par ses deux enfants qui ont été vaccinés avec succès, 4 et 6 ans auparavant et qui avaient contracté la varicelle à 13 jours d'intervalle l'un de l'autre. La femme elle-même n'a pas été revaccinée, mais elle se fit vacciner après sa maladie, et le vaccin prit on ne peut mieux. Peu de temps après, son troisième enfant, âgé de 18 mois et vacciné à la naissance, prenait à son tour la varicelle. D'après tous ces faits, on peut dire que la mère a eu la varicelle et non pas la variole.

« Les conditions sont moins nettes chez les trois autres adultes. Toutefois un médecin et une infirmière, qui s'étaient trouvés en contact avec un malade varicelleux adulte, se sont fait vacciner avec succès 3 et 6 jours après le premier contact. Le succès de la vaccine montre donc, que les deux étaient dans un état de réceptivité pour le virus varioleux. Comme, malgré le contact avec l'adulte malade, ils n'ont pas eu de variole, on peut supposer que l'adulte avait la varicelle. De son côté, M. *Rumpel* a observé, en 1892, une série de cas de variole dans un convoi d'émigrés russes ; à côté de la variole, on y trouvait, en même temps, des cas de varioloïde, de varicelle et de rougeole, si bien que le diagnostic présentait de grandes difficultés dans chaque cas en particulier. Il estime que, si l'éruption est précédée d'une période prodromique avec fièvre et phénomènes généraux, il s'agit plutôt de variole. Aussi pense-t-il que les malades de M. Lenhartz étaient des varioleux (1). »

(1) *La Tribune médicale*, 1897.

FEUILLETON

L'Automobilisme.

(Voir les nos 16 et 17.) (*Suite et fin.*)

Les constructeurs entraient dans une voie nouvelle. Tandis que *M. Serpollet* trouvait son générateur inexplosible, dans lequel l'emploi de la vapeur surchauffée atténuait le panache de vapeur, si désagréable, tandis que *la Société de Dion, Bouton et Trépardoux* adoptait un système dans lequel le moteur, au lieu d'être incorporé dans le véhicule, le précédait, système du tracteur, le pétrole entrait en ligne, et *MM. Panhard et Levassor* présentaient, à l'Exposition de 1889, une voiture intéressante pour l'époque, sorte d'omnibus construit pour circuler sur des rails, et dont le moteur à un cylindre était le moteur à pétrole Daimler, du nom de son inventeur.

Ils présentaient aussi une voiture de promenade, assez massive d'aspect, à laquelle les ouvriers donnaient le nom de *Crabe*, qui cependant marchait et marche encore bien droit.

*
* *

Les choses en étaient à ce point, les constructeurs, pétrolistes ou vaporistes, travaillant ferme et apportant tous les jours à leurs véhicules des perfectionnements importants, quand, en l'année 1894, le *Petit Journal* chargea Pierre Giffard, écrivain au style communicatif, d'ouvrir un concours à tous les constructeurs, ayant pour but de récompenser « la voiture sans chevaux, qui remplirait la condition d'être, sans danger, aisément maniable pour les voyageurs et de ne pas coûter trop cher sur la route ».

L'organisation des épreuves était simple :

1° Une épreuve éliminatoire de 50 kilomètres, sur 5 routes rayonnant autour de Paris ;

2° Une épreuve définitive : Paris-Rouen, 126 kilomètres environ.

De plus, pour montrer qu'il ne s'agissait pas d'une *course*, on avait prescrit qu'il ne serait pas tenu compte d'une vitesse supérieure à 13 kil. 500, en comprenant les arrêts nécessités par le moteur.

Sur les 102 véhicules inscrits, 38 à pétrole, 29 à vapeur, 5 à électricité, 5 à air comprimé et 25 de systèmes originaux, mais peu pratiques, 21 seulement furent admis à concourir : 14 à pétrole, 7 à vapeur.

La vapeur arriva première, avec le tracteur de Dion ; mais, nous l'avons dit, la vitesse n'intervenait pas, et le premier prix fut partagé entre les deux maisons : Panhard et Levassor et les fils de Peugeot frères.

Toutes deux employaient le moteur à pétrole à quatre temps Daimler ; le moteur de 3 chevaux et demi, environ, était à deux cylindres, faisant 15° avec la verticale et convergeant vers l'arbre du volant.

L'allumage était produit par des tubes de platine, rendus incandescents par des brûleurs au pétrole. Les cylindres étaient refroidis par une

Contusions de l'abdomen. Boutonnière exploratrice.

M. le Dr *A. Guinard* préconise la méthode suivante, lorsqu'on se trouve en présence d'une contusion grave de l'abdomen :

Le premier point est d'établir s'il y a rupture intestinale ; or, pour établir ce diagnostic, s'il n'existe ni shock, ni hypothermie, il faut se baser sur deux symptômes capitaux :

1° La sonorité pré-hépatique ;

2° La contracture des muscles abdominaux.

De ces deux symptômes, le premier est absolument pathognomonique de la présence de gaz dans la cavité péritonéale : malheureusement il peut manquer, et si, lorsqu'il existe, on peut affirmer qu'il y a une lésion intestinale, il ne s'ensuit pas, que son absence permette de nier la perforation. L'épanchement de gaz dans le péritoine peut manquer et même lorsqu'il se produit, il peut se localiser loin de la convexité du foie.

La disparition de la matité hépatique est un signe de premier ordre lorsqu'on la constate à la percussion. — Le second symptôme n'est peut-être pas pathognomonique comme le précédent, mais il est très important. Les blessés, sans avoir le ventre ballonné, ont une véritable contracture des muscles de la paroi abdominale. Ils ont « le ventre en bois ».

Quelquefois, cependant, ces symptômes font défaut.

M. Guinard conseille alors d'avoir recours à un mode d'investigation nouveau : la boutonnière sus-pubienne. Après avoir cocaïné la ligne blanche, on fait, sans anesthésie générale, une boutonnière de 2 centimètres au-dessus du pubis. Le péritoine est incisé et on examine la séreuse et les anses intestinales visibles à ce niveau. Il est bien entendu que l'on ne cherche en rien à attirer l'intestin au dehors. Ce n'est que dans le cas où l'on voit s'échapper par la boutonnière des gaz ou du liquide péritonéal ou du sang que l'on fait anesthésier le malade à l'éther et que l'on fait la large laparotomie nécessaire pour trouver la lésion. Si, au contraire, la cavité péritonéale paraît vide, si les anses intestinales apparentes sont normales d'aspect, on ferme la plaie avec deux crins de Florence et tout est dit. En somme, c'est une exploration du péritoine et non une exploration des viscères abdominaux. Et cette petite boutonnière, faite sans anesthésie générale, ne peut causer aucun dommage, pourvu, bien entendu, qu'elle soit faite proprement ; par contre, elle peut rendre les plus grands services comme moyen de diagnostic et faire déceler une perforation intestinale ou une hémorrhagie interne, alors que tous les autres moyens d'investigation étaient restés sans résultat.

Action physiologique et pathologique des rayons X.

M. le Dr *Sorel* signale, à l'Académie des sciences, toute une série de phénomènes qu'il a observés à la suite de plusieurs applications de rayons X, et qui viennent se joindre à ceux que nous avons déjà enregistrés précédemment.

Une jeune fille de seize ans fut soumise, pendant 3/4 d'heure, à l'action d'un tube Collardeau. actionné par une bobine donnant environ 0m10 d'étincelle ; le tube fut placé dans la région épigastrique, très près de l'épiderme (0m01) dont on ne le sépara que par une mince feuille de celluloïd.

Six jours après, une tache rouge de 0m06 de diamètre avec un centre blanc de 0m02, s'est

---

circulation d'eau. Enfin, la transmission se faisait par engrenages d'un arbre à l'autre, trois ou quatre jeux d'engrenages permettant les changements de vitesse. Dans les véhicules Peugeot, les roues, au lieu d'être en bois, étaient à rayons d'acier et à roulements à billes montées sur pneumatiques ; peut-être offraient-elles moins de solidité.

Les autres prix furent donnés :

1° A MM. de Dion, Bouton et Cie, et Le Blant pour leurs voitures à vapeur.

La voiture de Dion se compose en somme d'une victoria et d'une petite locomotive routière qui la remorque ; la machine compound est à deux cylindres et placée à l'arrière ; le mouvement est transmis à la jante des roues motrices et non à l'essieu.

La voiture Le Blant est une tapissière dont la moitié arrière renferme le générateur du système Serpollet. Le moteur est à 3 cylindres. Ce constructeur a d'ailleurs abandonné cette disposition pour prendre celle du tracteur.

2° A MM. Vacheron et Lebrun, qui employaient le moteur Daimler, et un dispositif de leur invention et à M. Roger, qui, lui, conservait le moteur Benz.

Un prix supplémentaire fut encore donné à M. Scott, pour son véhicule à vapeur, qu'une avarie fortuite, la rupture d'un tube Field, arrêta en route.

En somme, l'épreuve du *Petit Journal* montrait que sur route, les voitures automobiles pouvaient commencer à rivaliser avec les autres, comme confortable ; la direction et le roulement en étaient assurés dans les meilleures conditions, et, après plus d'un siècle d'oubli, ce concours, dont l'honneur revient en partie à Pierre Giffard, était une œuvre bien française, dont les résultats étaient indéniables. Il avait semé partout l'idée de la traction mécanique sur routes qui faisait rapidement son chemin et engendrait l'enthousiasme de tous côtés.

Dès la fin de 1894, au milieu des stands très ornés, mais aussi fort monotones, du Salon du cycle, quelques voitures automobiles faisaient leur apparition timide. En décembre dernier, elles ont eu tous les honneurs du quatrième Salon du cycle, et cette année, elles auront leur exposition distincte, à laquelle nous prédisons d'avance un beau succès.

A la même époque, le comte de Dion, homme d'initiative, éloquent et convaincu, avait formé, après la course Paris-Rouen, un comité sous la présidence de MM. Marcel Déprez, membre de l'Institut, et Berger ; le comte Henri de La Valette, ingénieur des mines, était son secrétaire technique.

Ce noyau d'adeptes, ainsi constitué sous le nom d' « Automobile-Club », avait sans retard posé les bases d'une autre épreuve pour 1895, destinée à poursuivre l'œuvre du *Petit Journal*.

manifestée au point de l'épiderme qui se trouvait en regard du tube. Il y avait une légère douleur au toucher. Huit jours plus tard, des douleurs profondes se firent sentir, assez aiguës : le médecin fit appliquer une pommade au menthol ; il s'ensuivit une suppuration assez abondante qui dura un mois.

Jusque-là les douleurs n'avaient rien d'exagéré. Pendant cette période, survint une plaie de même nature à la jambe, un peu au-dessus de la cheville, mais d'un diamètre plus restreint que la précédente. Cette plaie à la jambe, très douloureuse, nécessita un repos absolu ; elle se cicatrisa au bout d'un mois.

La plaie de l'épigastre, qui n'avait plus qu'un diamètre de 0 m. 02 (partie blanche primitive), a cessé de suppurer à la suite d'application de compresses d'eau boriquée, et a formé une eschare, qui est devenue très douloureuse ; on n'a su trouver d'autre moyen de les atténuer un peu, que l'application, toutes les deux heures, jour et nuit, de cataplasmes avec de la vaseline additionnée de cocaïne.

Il est bon de remarquer que le sujet en question était très nerveux et constituait, par conséquent, un terrain spécial particulièrement favorable à l'éclosion de ces accidents.

M. Sorel a observé des phénomènes analogues de brûlure (tache rouge) sur la cuisse d'une fillette de neuf ans, soumise à la radiographie du fémur et du bassin pendant 1 heure.

Pour M. Lannelongue, ces effets particuliers des rayons X sont comparables à ceux qu'il a observés, il y a plus de vingt ans, sur des sujets soumis aux rayons chimiques de la lumière solaire. Cela se passait à l'hôpital Trousseau. On avait fait sortir, en plein mois de juillet et par une journée chaude, une vingtaine d'enfants et on les avait laissés dans leur lit, au dehors, pendant plusieurs heures. Ils étaient dans une cour sablée, où le soleil ne donnait pas dans l'après-midi et ne donna pas sur les enfants, la chose fut établie positivement. Néanmoins, la plupart d'entre eux eurent consécutivement des accidents de brûlures graves : érythèmes, suppurations cutanées, suivies d'érysipèle, qui amenèrent la mort de deux d'entre eux.

Une certaine émotion se produisit dans l'hôpital à la suite de laquelle, sur l'avis que donna l'illustre physicien Foucault, il fut essayé l'action de verres de strontiane sur d'autres sujets, qu'on exposa à la même lumière de la même cour, en même temps que d'autres enfants, dont les mains étaient libres et non recouvertes de plaques de verre.

Les sujets, dont les mains avaient été protégées par les verres, n'eurent aucun accident, tandis que ceux, dont les mains étaient découvertes, furent brûlés comme les premiers, et incontestablement par les rayons chimiques de la lumière solaire.

La toxicité des alcools.

M. *Picaud* a imaginé un ingénieux moyen de démontrer facilement et publiquement la toxicité des différents alcools utilisés dans les boissons. Au lieu de prendre comme Rabuteau, Dujardin-Beaumetz, Audigé, de gros mammifères, M. Picaud a employé les poissons, les batraciens, les oiseaux.

Avec de tels animaux, l'administration de l'alcool par la voie stomacale ou par la voie hypodermique devient inutile : il n'y a qu'à ajouter de l'alcool au milieu dans lequel ils vivent.

« Nous avons placé nos poissons (*Carassius auratus*) et nos batraciens (*Triton vulgaris*) dans

---

* * *

Nous avons vu que, dans le concours Paris-Rouen, l'électricité n'avait pas résisté aux épreuves éliminatoires. Pour la course Paris-Bordeaux-Paris, elle chercha à prendre sa revanche ; sa défaite, prévue, bien entendu, mais fort honorable, en somme, a prouvé de la part de ses défenseurs une persévérance méritoire qui ne peut manquer de porter fruit.

La course Paris-Bordeaux-Paris était internationale, mais réservée aux constructeurs ou inventeurs.

Le trajet était de 1,200 kilomètres à faire en une traite.

Les véhicules, montés au moins par deux personnes, pouvaient seuls prendre part aux concours, exception faite pour les bicyclettes, tricycles, etc.

Le premier prix ne pouvait être attribué qu'à une voiture de quatre places ou au-dessus.

Le temps maximum laissé pour le voyage était de 100 heures.

Donc, différence notable entre l'épreuve de 1894 et celle de 1895, la première portant sur la sécurité, la commodité et le bon marché ; la seconde tenant compte seulement de la vitesse.

Elle était donc moins générale, quoiqu'intéressante cependant.

Les engagements étaient les suivants :

Voit. à 4 places et au-dessus : 11 à vap., 18 à pétr., 2 à élect.
— 2 2 — 5 —
Tricycles et bicyclettes 2 — 6 —
Soit en tout 46 véhicules : 15 à vap., 29 à pétr., 2 mus électr.

Ce fut la voiture numéro 5, Panhard et Levassor, à pétrole par conséquent, qui arriva la première. M. Levassor avait lui-même tenu la barre de direction pendant deux jours et deux nuits. Cependant, cette voiture n'étant qu'à deux places, ce fut la deuxième arrivée, un quatre places, n° 15, de Peugeot, qui gagna le premier prix.

Levassor avait mis 48 h. 48 minutes à effectuer le trajet, soit 24 k. 2 à l'heure.

3e prix, voiture Peugeot, n° 15, à deux places.

Une seule voiture à vapeur fit le voyage dans le délai voulu, ce fut celle de Bollée, dont je vous parlais tout à l'heure, la *Nouvelle*, en 90 heures environ, et cela malgré un accident de route qui nécessita une demi-journée de réparation.

* * *

Cette course Paris-Bordeaux-Paris fut donc le triomphe du pétrole ; mais, d'autre part, la vapeur avait figuré fort honorablement, avec le véhicule Bollée.

Le tracteur de Dion avait, au début du parcours, mené le train jusqu'à Blois ; enfin, l'une des deux voitures engagées par Serpollet avait accompli les trois quarts du parcours dans un bon rang.

D'autre part encore, l'électricité s'était bien montrée, puisque la voiture à accumulateurs de

des solutions titrées d'alcool et nos oiseaux (*Carduelis elegans*) sous des cloches dont l'atmosphère était saturée de vapeurs alcooliques. Nous avons toujours remarqué : 1° que l'alcool éthylique était réellement toxique, mais moins que les alcools propylique, butylique et amylique ; 2° que la toxicité de ces derniers augmente avec le poids de leur molécule.

« Voici les résultats que nous avons obtenus avec des « poissons rouges » (*Carassius auratus*), de 5 grammes environ :

« En solution à 0,1 p. 100, l'*alcool amylique* ($C^5H^{12}O$) tue en une heure trente minutes ; à 0,2 p. 100, il tue en une demi-heure ; à 0,5 p. 100, en huit ou neuf minutes ; enfin, il est foudroyant à 2 p. 100.

« L'*alcool isobutylique* ($C^4H^{10}O$) à 0,5 p. 100 tue en une heure quinze ; à 1 p. 100, il tue en quarante minutes ; à 3 p. 100, en dix-huit minutes ; instantanément à 6 p. 100.

« L'*alcool propylique* (C^3H^8O) à 1 p. 100 tue en deux heures quarante-cinq ; à 2 p. 100, en une heure vingt-cinq ; à 3 p. 100, en une heure ; à 4 p. 100, en quarante minutes ; à 5 p. 100, en trente minutes ; à 6 p. 100, en vingt-cinq minutes ; il est foudroyant de 10 à 11 p. 100.

« L'*alcool éthylique* (C^2H^6O) est déjà très toxique à 3 p. 100 : il tue en dix heures ; à 4 p. 100, il tue en deux heures ; à 8 p. 100, en une heure ; instantanément, de 20 à 21 p. 100.

« D'après MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé, l'*alcool méthylique* (CH^4O) serait plus toxique que l'*alcool éthylique*. M. Picard l'a essayé et il a trouvé une toxicité moindre ; cela devait arriver, puisque son point d'ébullition (66°) est moins élevé que celui de l'alcool éthylique (78°). Ce résultat est, d'ailleurs, conforme à celui qu'ont trouvé MM. Gibbs et Reichert.

« Enfin, on a essayé l'*alcool allylique* (C^3H^6O). Cet alcool est aussi toxique, peut-être plus même, que l'alcool amylique.

Les résultats ainsi obtenus sont représentés par le tableau suivant :

		Puissance toxique relative.
Alcool	méthylique	1/2
—	éthylique	1
—	propylique	2
—	butylique	3
—	amylique	10

Sans doute, ces résultats ne sont qu'approximatifs : ils peuvent varier, en effet, avec le poids de l'animal et avec sa vigueur. Mais leur vérification constituera une expérience de cours très simple qui satisfera aux exigences de l'enseignement et montrera suffisamment la toxicité relative des divers alcools.

La même expérience servira à l'étude de la toxicité des eaux-de-vie et liqueurs.

CLINIQUE INFANTILE

Traitement des broncho-pneumonies aiguës chez les enfants,

Par le Dr Legendre. (*Bull. Thérap.*)

Le traitement de la broncho-pneumonie comprend d'abord des moyens hygiéniques, qui ont une extrême importance. On installera l'enfant dans la pièce la plus vaste dont on pourra disposer. On assurera le renouvellement de l'air, pendant la belle saison, en ouvrant les fenêtres. En hiver, on entretiendra un feu clair qui favorisera la ventilation et maintiendra la température à 18°.

Jeantaud avait, grâce à des relais établis sur le parcours, accompli 600 kilomètres ; des kilomètres qui coûtaient cher, il est vrai, la bagatelle de 35,000 francs. Il est à souhaiter que, dans un avenir prochain, nous puissions nous approvisionner sur la route, aux usines productrices d'électricité, comme aujourd'hui nous passons chez l'épicier acheter le moto-naphta ou la stelline!

*
* *

L'épreuve était à peine terminée, que déjà, était élaboré le projet de la course Paris-Marseille-Paris pour l'année 1896.

Cette course a eu lieu dans les conditions nouvelles suivantes :

Les 1711 kilomètres de Paris-Marseille et retour furent divisés en dix étapes, séparées par des contrôles, chaque étape étant parcourue le jour ; la nuit, les voitures concurrentes étaient remisées dans des parcs où aucun soin ne devait leur être apporté.

Il y avait 5 séries de véhicules :

1° Ceux de 2, 3, 4 places ;

2° Ceux de plus de 4 places ;

3° Les motocycles, avec emploi de la force musculaire ;

4° Ceux sans emploi de la force musculaire ;

5° Les divers.

Les motocycles, devaient d'ailleurs subir une première épreuve éliminatoire, Paris-Mantes-Paris, 100 kilomètres environ, après laquelle, sans prétendre à un prix, ils avaient le droit d'être chronométrés officiellement.

Dans cette épreuve, le *tricycle de Dion* eut tous les honneurs, et le peu de succès de la *voiturette Bollée* étonna ses admirateurs. Ceci nous amène à-dire un mot de ces deux véhicules :

1° Le tricycle de Dion et Bouton est un tricycle ordinaire, sur les tubes duquel sont fixées les différentes pièces du mécanisme auto-moteur à pétrole.

Facile à conduire, l'allumage étant électrique, et la proportion du mélange gazeux étant aisée à régler par des manettes placées à portée de la main, cet instrument serait tout à fait pratique si la selle de bicyclette pouvait être remplacée par un siège plus confortable.

2° La voiturette Bollée a ceci de particulier que sa roue motrice unique est à l'arrière, ce qui même, à notre avis, en rend la direction incertaine, et le dérapage fréquent, par les mauvais temps. Détail original : la transmission s'y fait par courroies entre deux poulies. La faible élévation du centre de gravité de ce véhicule, où peuvent prendre place deux personnes en tandem, doit augmenter la stabilité, mais lui donne un aspect peu gracieux.

Revenons à l'épreuve Paris-Marseille-Paris ; le départ eut lieu à la barrière de l'Etoile, où l'affluence fut énorme.

Il y eut 52 engagements, dont 38 voitures, 14 motocycles et divers.

Il est utile de faire évaporer par ébullition, presque continuellement, dans la chambre de l'eau à laquelle on ajoutera des substances antiseptiques (acide phénique, teinture de benjoin, feuilles d'Eucalyptus).

Les enfants en bas âge ne doivent pas être laissés longtemps dans le berceau ni dans le décubitus dorsal ; il faut les prendre souvent dans les bras.

Les enfants plus âgés doivent être maintenus à demi assis au moyen de coussins.

On appliquera, aux pieds et aux jambes, des bottes d'ouate recouvertes de taffetas imperméable.

Afin de détruire les agents infectieux, causes de la broncho-pneumonie, *in situ*, et de neutraliser les poisons dont ils inondent les tissus voisins et la circulation tout entière, on a tenté la thérapeutique antiseptique directe (antisepsie broncho-pulmonaire) et la thérapeutique antitoxique (antisepsie générale). Par les médicaments, on a essayé d'introduire la créosote, le gaïacol, l'eucalyptol, le soufre (hyposulfite, hydrogène sulfuré) par la voie bronchique en inhalations, par la voie hypodermique, par le tube digestif (potions ou lavements). Mais les résultats sont insuffisants pour ne pas dire nuls. La thérapeutique antitoxique par la sérothérapie est encore trop peu connue et à peine ébauchée, et il faut renoncer, pour le moment, à attaquer l'agent microbien directement par les antiseptiques ou à augmenter le pouvoir bactéricide des humeurs et des tissus.

Il faut donc tâcher de favoriser la défense organique naturelle ou tout au moins n'y pas mettre obstacle ; il importe avant tout de savoir ce qu'il ne faut pas faire.

Tous les efforts doivent tendre à soutenir le système nerveux.

Il faut écarter, dans la période de lutte active, tous les médicaments hyposténisants et nauséeux, les antimoniaux (kermès, tartre stibié), le polygala et même l'ipéca, les stupéfiants (aconit, opiacés), ceux qui risquent de provoquer de trop abondantes sueurs et d'entraver l'élimination rénale (acétate d'ammoniaque, jaborandi).

Il faut être, d'ailleurs, sobre de tout médicament administré par la voie gastrique et capable de provoquer le vomissement ou la diarrhée.

Il ne faut jamais mettre de vésicatoires au cours d'une broncho-pneumonie aiguë. Quant à ce qu'il faut faire, l'analyse minutieuse des symptômes prédominants dans chaque cas, et la connaissance du mécanisme pathogénique de ces symptômes permettent de l'établir solidement.

La congestion conduisant à l'asphyxie, quand elle porte sur une étendue excessive du poumon, la parésie cardiaque, l'hyperthermie et les troubles nerveux d'ordre toxique dans les formes aiguës, l'affaiblissement graduel par cachexie dans les formes prolongées : tels sont les facteurs de gravité, les dangers à combattre.

Le Dr Legendre a proposé de distinguer au point de vue des indications thérapeutiques les cas dans lesquels prédominent les dangers d'asphyxie (formes asphyxiques congestives), ceux où le péril vient surtout de l'asystolie (formes cardioplégiques), ceux où les phénomènes généraux d'ordre nerveux (délire, convulsions) dépendent de l'élévation excessive de la température ou de l'intoxication des centres nerveux (formes hyperthermiques ou nerveuses), ceux enfin où le danger réside dans l'insuffisance de la nutrition (formes asthéniques cachectisantes ou athrepsiantes.)

Contre la congestion, on a opposé les ventou-

Mais, cette fois, 48 véhicules étaient à essence de pétrole, 4 à vapeur, aucun n'employait l'électricité.

La maison Panhard et Levassor avait engagé 4 voitures ; l'une d'elles, n° 5, qui avait déjà concouru pour Bordeaux, était maintenant pourvue d'une caisse en aluminium, les roues étaient garnies de bandages à caoutchouc plein.

La Société Peugeot avait étudié, au dernier moment, un moteur horizontal à 2 cylindres, dont l'allumage se faisait par incandescence de tubes de platine chauffés par des brûleurs Longuemare ; les roues étaient à pneumatiques Michelin.

Un nouveau concurrent, *Delahaye*, arrivait avec un moteur horizontal à 2 cylindres bien équilibré, de façon à diminuer les trépidations, et à allumage électrique.

Sa transmission se faisait par deux courroies correspondant à des vitesses de 18 et 25 kilomètres, le refroidissement par ailettes ; enfin la voiture était sur pneumatiques.

Outre le tricycle, MM. Dion et Bouton avaient engagé plusieurs voitures à vapeur ; Bollée avait ces véhicules hybrides, dont nous venons de parler.

Il y avait encore : la Maison Parisienne, avec le moteur Benz, Laudry et Beyroux avec un moteur vertical adapté à une voiture fort plaisante à l'œil, etc.

*
* *

En somme, on voit que le moteur, employé presque généralement, a été un dérivé du moteur Daimler, mais tellement transformé par les travaux personnels des constructeurs, qu'il était méconnaissable.

Les progrès accomplis dans son perfectionnement étaient importants : la réduction du poids, par cheval du volume occupé, la facilité de visite et d'entretien des organes délicats.

Le problème de l'allumage recevait également des solutions avantageuses : application du brûleur Longuemare, à essence de pétrole sous pression ; inflammation électrique obtenue par l'étincelle d'une bobine d'induction, avec trembleur commandé par le moteur, etc.

*
* *

La course Paris-Marseille-Paris fut une épreuve terrible. Partis le 24 septembre, par un temps relativement beau, les vaillants concurrents avaient à essuyer, le 25, un cyclone épouvantable, qui mit hors de combat douze d'entre eux.

De plus, leur retour fut marqué par une série de coups de mistral, qui contraria leur marche.

Malgré tout, la voiture Panhard et Levassor, n° 6, arrivait le 3 octobre à Paris, et obtenait le premier prix avec 67 h. 42 m. de marche, soit 25 k. 20 de vitesse moyenne. Ces chiffres sont empruntés aux rapports sur la course, dressés avec graphiques à l'appui, par nos camarades et amis MM. de La Valette et Georges Collin.

ses, les sinapismes, les vésicatoires, les pointes de feu. Le Dr Legendre met en première ligne des moyens capables d'entraver l'hyperémie active, les enveloppements froids du thorax qui diminuent, en quelques minutes, le nombre des respirations du 1/4, du 1/3 ou de la moitié et amènent consécutivement une rubéfaction cutanée d'un heureux effet. La congestion de la peau est aussi un effet des bains chauds et tièdes, mais ceux-ci exercent, en même temps, sur le système nerveux une action déprimante nuisible dans les cas où le malade est peu résistant.

Des médicaments vaso-contricteurs, ergotine, quinine, on ne peut tirer qu'un parti restreint et qui n'est pas sans inconvénients.

A l'hyperthermie, on peut opposer les moyens hydrothérapiques et les antithermiques chimiques. L'antipyrine restreint la fonction urinaire, provoque une sudation parfois excessive. La quinine n'abaisse guère la température dans les broncho-pneumonies, excepté dans les cas où elles sont survenues au cours de la grippe ou de la fièvre typhoïde.

L'acétanilide est dangereuse, la phénacétine inactive.

L'aconit ne fait que masquer la fièvre : il peut ralentir le pouls, calmer l'excitation cérébrale, mais, employé à dose élevée, il déprime les forces, anesthésie la muqueuse bronchique et, en supprimant la toux, annule une des défenses de l'organisme contre la congestion et la rétention des sécrétions bronchiques. La digitale peut rendre des services en soutenant la contractilité du cœur et en activant la diurèse. C'est une des armes employées par le Dr Legendre dans les cas où il existe de la cardioplégie ou parésie cardiaque.

A la cardioplégie, on opposera les toniques du cœur. La caféine vient en première ligne ; ses avantages sont sa rapidité d'action, la possibilité d'en réitérer fréquemment l'usage par voie hypodermique ; son inconvénient, léger et facile à éviter en fractionnant les doses, est l'excitation cérébrale, la céphalalgie, l'insomnie qu'elle provoque.

Après, vient la digitale dont l'action plus lente est, par contre, plus durable. On peut encore utiliser comme cardiotoniques la spartéine et la strychnine. Ce dernier médicament convient aussi, comme la caféine, pour combattre l'adynamie, concurremment avec l'alcool, dont on doit varier les modes d'administration et proportionner les doses à l'âge du sujet : eau-de-vie vieille, vin de Champagne, vins d'Espagne, vin de Bordeaux sucré.

Contre l'adynamie, on emploie encore l'éther associé à l'alcool (liqueur d'Hoffmann) la teinture de cannelle, l'extrait de quinquina, les injections hypodermiques d'huile camphrée.

Mais presque tout ce qu'on demande aux agents médicamenteux, on peut l'obtenir des pratiques hydrothérapiques qui forment une vraie gamme thérapeutique précieuse pour qui sait bien en jouer : enveloppements froids partiels (compresses thoraciques) ou généraux (drap mouillé), bains à toute température.

Pour employer les enveloppements froids du thorax, on fait préparer des compresses de tarlatane pliées en plusieurs doubles, d'une longueur et d'une hauteur suffisantes pour envelopper tout le thorax.

Elles sont imbibées d'eau, à la température de la chambre, pures, ou additionnées d'un quart d'alcool ; puis elles sont exprimées de manière à rester seulement humides. L'enfant est rapidement déshabillé, on lui enroule la compresse

---

La seconde voiture était le nº 8, appartenant à la même maison, qui avait marché à 24 k. 20.

Puis venait le tricycle de Dion avec 24 kilomètres de vitesse moyenne.

Le nº 5, Panhard et Levassor, obtenait encore le 3e prix.

La voiture de Peugeot, nº 46, suivait à 22 k. 68 de vitesse.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans les résultats de la course P.-M.-P., c'est que les véhicules, si différents, soit comme construction, soit comme nombre de places, soit comme poids, qui y prirent part, marchèrent à des vitesses tout à fait comparables entre elles. S'il n'y avait pas eu, le 25 septembre, cette bourrasque annoncée par une dépression barométrique de 755 à 737 millimètres, et qui obligea tant de concurrents à renoncer à la lutte, presque toutes les voitures inscrites seraient revenues à leur point de départ, après avoir accompli le trajet sans écarts appréciables. Ce qui le montre, c'est que les étapes courues par un beau temps donnèrent un groupement normal des concurrents. Les graphiques de MM. de La Valette et Collin sont concluants à cet égard.

Le 29 janvier dernier, une autre course, d'amateurs cette fois, avait lieu de Marseille à Monte-Carlo, en passant par Nice.

Les journaux spéciaux en ont donné les détails jour par jour ; ils ont appris que la vapeur, avec le tracteur de Dion et Bouton, avait eu raison du pétrole, son concurrent redoutable, jusqu'alors invincible, et ce n'est pas un des aperçus les moins curieux de l'évolution de la mécanique automobile, que ces luttes courtoises où deux sources d'énergie arrivent à se supplanter mutuellement sur nos véhicules, en attendant que les autres les égalent et, peut-être, les surpassent.

Pour terminer, nous ferons remarquer que la forme des voitures, de celles surtout des nouvelles marques, s'améliore d'une façon satisfaisante ; quelques personnes encore trouvent « que le cheval manque ». Ce n'est évidemment qu'une question d'accommodation de l'œil, et rien ne dit que, dans un avenir peut-être prochain, nos neveux n'aient pas besoin de se remettre au point, pour trouver élégantes les voitures à chevaux.

Puisque nous parlons de mode, pourquoi n'ajouterions-nous pas que la mécanique, cette science, naguère délaissée dans le monde des privilégiés de la fortune, vient d'y être mise à la mode par l'idée automobile. Sous couleur de sport et presque sans y songer, des milliers d'intelligences, auparavant désœuvrées, sont maintenant attelées au plus délicat et au plus passionnant des problèmes : *faire tourner une roue sans mettre à contribution la force musculaire* et procurer à notre génération avide d'espace et de mouvement, des plaisirs qu'elle puisse goûter sans éprouver le remords de faire souffrir un être vivant.

L. Beguin.

autour du thorax ; par-dessus on place un taffetas gommé, autant que possible souple (taffetas chiffon), et on enveloppe le reste du corps dans une couverture de laine. Au bout d'un quart d'heure, on enlève la compresse devenue chaude au contact de la peau et, après l'avoir imbibée de nouveau d'eau froide, on l'applique une seconde fois. On renouvelle cet enveloppement tous les quarts d'heure d'abord, puis toutes les demi-heures, toutes les heures.

On se guide sur la dyspnée, c'est-à-dire sur la fréquence et l'amplitude des respirations, la température, l'état nerveux, pour espacer plus ou moins ces enveloppements.

L'effet habituel dans les cas d'intensité modérée consiste dans une atténuation au moins passagère de tous ces symptômes ; dès que l'amélioration cesse, il faut réitérer l'emploi de ce moyen.

Si, au bout d'un certain nombre d'applications, il n'y a plus d'amélioration ou s'il n'y en a pas eu après la première, il faut passer à l'enveloppement du corps entier dans le drap mouillé essoré.

Après l'échec du drap mouillé se présente le bain tiède ou frais suivant l'âge de l'enfant, ses forces présumées, la date du début de l'affection. D'Espine et Picot conseillent de donner le premier bain à une température de 32-35°, les suivants à 30°, la durée devant être de cinq à quinze minutes et le nombre des bains 1 à 3 par vingt-quatre heures. Dans les intervalles des bains, on peut continuer l'emploi des compresses réfrigérantes, au moins sur le devant du thorax et du ventre, si la fièvre n'est pas abaissée après le bain. Henoch recommande, suivant la gravité des cas, soit les bains chauds suivis d'un enveloppement de plusieurs heures dans la laine, — ce qui a pour effet de produire une abondante sudation, — soit les bains tièdes pendant lesquels sont faites des affusions froides, une ou deux fois par jour. Rilliet, Barthez et Sanné admettent le bain tiède dans les formes aiguës, avec troubles très accusés. Baginsky, grand partisan de l'enveloppement froid du thorax, ne conseille qu'en cas d'asphyxie imminente les affusions froides dans un bain tiède, faites avec prudence par crainte de collapsus et après avoir administré du vin à l'enfant. Notta emploie les bains tièdes à 25-30°, suivis de lotions fraîches, ou même les bains froids.

Hutinel a précisé les indications des bains froids, dont les effets les plus frappants sont l'augmentation de la sécrétion urinaire, qui facilite l'élimination des toxines, l'accroissement des sécrétions salivaires et digestives qui rend la langue humide et permet l'appétence et la digestion des boissons alimentaires. L'indication type du bain froid est la coexistence des phénomènes généraux très accentués (hyperthermie, dyspnée, agitation) avec des lésions locales peu étendues.

Mais quand le poumon est hépatisé sur une grande surface sans forte réaction fébrile, le bain froid ne donne pas de bons résultats ; peut-être même favorise-t-il alors le collapsus. Le mauvais fonctionnement du cœur est aussi une contre-indication. D'après Hutinel, le bain froid réussit mieux dans les broncho-pneumonies à pneumocoques que dans celles à streptocoques. Quand la température atteint 41°, le bain froid est toujours indiqué. Premier bain à 28°, d'une durée de cinq à dix minutes. Les bains suivants peuvent être de 24 à 18°, mais jamais au-dessous.

On fait des affusions froides sur la tête, pendant le bain. On retire l'enfant, dès qu'il frissonne; on l'enveloppe dans une couverture de laine, on lui donne du grog. La température, prise avant le bain, est prise de nouveau une heure, puis trois heures après. Si elle dépasse 39°, nouveau bain ; sinon, on attend et on reprend la température toutes les deux heures, redonnant un bain quand la température accuse 39°, à moins qu'il n'y ait ni agitation, ni dyspnée. On peut faire prendre jusqu'à sept bains le premier jour; on diminue les jours suivants, au fur et à mesure que l'amélioration se manifeste.

Le Dr Legendre emploie souvent avec succès les bains à températures successivement moins chaudes, en commençant à 2° au-dessous de la température initiale du petit malade : 38°, par exemple, s'il est à 40°. Le premier bain est très court (cinq minutes) et a pour but d'accoutumer seulement l'enfant à être baigné ; une heure plus tard il donne un bain à 35° (dix minutes) ; deux heures après à 32° (quinze minutes) ; les suivants de trois en trois heures à 30° et même à 25° dans les cas où l'hyperthermie ne cède que très passagèrement. Il a recours aux bains à 20°, de cinq à dix minutes, seulement dans les cas plus graves.

Les effets avantageux des bains sont le calme, la diminution de la dyspnée, le goût de l'alimentation et le sommeil. Il faut donc profiter du moment où l'enfant, retiré de l'eau, essuyé et frotté, est replacé dans son lit, pour lui faire prendre lait, bouillon ou potage, potion cordiale; après quoi, on le laisse s'endormir. Il est important d'alimenter le malade et insister pour qu'il prenne des boissons en abondance, afin d'obtenir une bonne diurèse. On tâchera d'introduire un aliment nutritif dans ces boissons (la décoction de céréales suivant la formule de Springer, le lait et le bouillon, les sucs de fruits). Dès que l'alimentation redeviendra possible, les jaunes d'œufs délayés, les potages aux pâtes et avec de la viande hachée, les crèmes, etc., seront utilisés. On aura soin de laver fréquemment la bouche, la gorge, les fosses nasales avec de l'eau boriquée et de l'eau de Vichy pour maintenir l'appétence, en conservant le goût et l'odorat. De temps en temps, si l'état saburral des voies digestives ou la congestion hépatique entravent l'alimentation, une dose de calomel interviendra favorablement.

En résumé, pour le Dr Legendre, la broncho-pneumonie, chez les enfants, guérit mieux par l'hydrothérapie, les injections hypodermiques de caféine, l'alcool et les soins hygiéniques minutieux que par les anciennes méthodes de traitement.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les mémoires d'honoraires médico-légaux.

Cher Directeur,

Depuis 23 ans que j'exerce la médecine j'ai eu à pratiquer un bon nombre de constatations judiciaires. Averti par mes confrères, des difficultés que l'on éprouve à se faire payer, en pa-

reil cas, par dame Justice, j'avais pris l'habitude de ne rien lui réclamer, laissant aux familles intéressées le soin de *m'honorer* comme elles le pouvaient.

En 1896, j'ai voulu cependant me rendre compte par moi-même, de la façon dont se réglaient les honoraires médico-légaux.

Je vous livre, in extenso, le résultat de cette expérience : il est fort édifiant.

J'avais été requis trois fois : 1° pour l'examen d'une folle, menaçant la sécurité générale ; 2° pour constater l'état du cadavre d'un noyé portant des plaies suspectes ; 3° pour un autre noyé, et dans les mêmes conditions.

Les trois réquisitions émanaient du maire. Je fis un mémoire commun aux trois interventions. Il portait : pour le 1er cas, une visite 3 fr. un rapport 5 fr., total 8 fr.; pour le second, une visite 3 fr.; une opération (dissection profonde des plaies suspectes) 5 fr., un rapport écrit 5 fr., total 13 fr., pour le troisième, mêmes détails, et même total de 13 fr.

Au bout de quelques jours, on me retourne le mémoire. Il y avait lieu à disjonction, paraît-il, la première expertise devant m'être, à coup sûr, payée par la commune. Celle-ci s'exécute.

Je rédige, pour les deux autres affaires, le nouveau mémoire ci-dessous.

Mémoire des honoraires
dus au Dr D., de M..., pendant l'année 1896

Dates	Espèces des délits	Autorité requérante	Objet	Visites Nombre	Rapports écrits	Opérations
Octobre 8	Examen du corps d'un noyé (P. P.)	Monsieur le Maire de M...	Nature des blessures et cause de la mort	1	1	1 Dissection des plaies
Octobre 9	Id. Durand (Edouard)			1	1	1

RÉCAPITULATION

	Nombre	Prix	Montant	Articles du Tarif médico-légal	Taxe du juge	Observations
Visites.......	2	3	6	1		
Opérations...	2	5	10	2		
Rap. écrits...	2	5	10	4		
Total........			26			

Je soussigné certifie le présent mémoire pour la somme de vingt-six francs.

M..., le 12 janvier 1897.

Dr D.

Le 16 mars, mon mémoire m'était retourné par l'intermédiaire du juge de paix, chargé de me transmettre, en même temps, les observations faites par le procureur général.

La lettre suivante, que j'adressais le lendemain à celui-ci, vous dira quelles étaient ces observations.

M., le 17 mars 1897.

Monsieur le procureur Général,

Monsieur le juge de paix vient de me retourner mon mémoire, se montant à la somme de vingt-six francs, pour visites, opérations, et rapports, je transcris les observations que suggère, me dit-on, ce mémoire à Monsieur le Procureur Général ; ces observations me paraissant complètement erronées.

1° Il s'agit de la constatation du décès de deux noyés.

Les frais de cette constatation n'incombent pas à l'administration judiciaire, mais doivent rester à la charge du budget municipal, à moins qu'il n'y ait soupçon de crime.

Or, dans l'espèce, *rien n'établit qu'il y ait eu soupçon de crime*, d'autant que les réquisitions émanent du maire, et non de l'autorité judiciaire.

Dans l'espèce il ne s'agissait point de la simple constatation du décès de deux noyés.

La réquisition du maire faisant fonction d'officier de police judiciaire, à défaut de commissaire de police, en fait foi.

Elle est ainsi conçue : attendu qu'il y a doute sur le point de savoir s'il y a crime, accident ou suicide.

2° Le médecin à propos de l'examen du cadavre de ces deux noyés réclame un droit de visite et d'opération autre que l'autopsie, pour chaque constatation.

L'opération consistait en la dissection des plaies. *Or cette opération n'a pas été requise, et rien n'indique qu'elle fût nécessaire.*

La réquisition demande un rapport verbal et écrit, sur les causes de la mort.

Je ferai remarquer à Monsieur le Procureur général, qu'en province, nous n'avons point encore les appareils nous permettant d'utiliser les rayons X..., et qu'il m'a paru absolument nécessaire pour affirmer que les plaies soumises à mon examen n'avaient point déterminé la mort, de les disséquer pour juger de leur profondeur, et de l'état des organes vitaux qu'elles auraient pu atteindre.

Le droit de visite ne peut se cumuler avec le droit d'opération.

Cela me paraît souverainement injuste vu que ce sont des choses bien distinctes.

En voici les preuves :

1° J'ai dû me rendre par une pluie battante à un kilomètre de mon domicile, sur le bord d'un canal, y passer toute la matinée, pour assister au relevé du cadavre, faire un premier examen des plaies, les sonder, etc., gratis alors ?

2° Les plaies donnant lieu à un fort écoulement de sang, pour plus ample information, il a fallu procéder, à l'amphithéâtre de l'hôpital, à la dissection de ces plaies (opération qui doit être payée.

3° Rédiger les rapports écrits (qui doivent également être payés).

Enfin le tarif applicable n'est plus celui de 1811, mais celui édicté par le décret du 23 décembre 1893.

Je suis heureux, Monsieur le Procureur général, que le tarif de 1811, bien peu généreux pour les médecins soit abrogé.

Le tarif médico-légal édicté par le décret du 21 novembre 1893, comporte :

Art. 1. Visite avec pansement, 8 fr.

Art. 2. Opération autre que l'autopsie, 10 fr.

Art. 4. Rapport écrit, 5 fr.

Honoraires plus élevés que ceux que j'ai demandés.

Veuillez, je vous prie, Monsieur le Procureur Général, me faire savoir, si mon mémoire, refait une troisième fois, sur ces dernières bases, pourra trouver

grâce à vos yeux; ou si vous le préférez, comme j'espère désormais éviter pour vous et pour moi, tous ces ennuis, veuillez apposer votre signature à la mention déjà consignée au verso de mon mémoire.

Je suis, avec respect, Monsieur le Procureur général,

Dr D.

Deux jours plus tard, le maire envoyait, de nouveau, mémoire et dossier, à M. le procureur général, avec la lettre qui suit :

M., le 19 mars 1897.

Monsieur le Procureur de la République à L.

Je vous ai transmis un dossier que m'a apporté Monsieur le docteur D. en me disant que les frais qu'il réclamait incombaient, suivant Monsieur le Procureur Général, à la commune.

Je ne le crois pas. Quand j'ai été prévenu que l'on venait de découvrir un cadavre, nous étions à nous demander, Monsieur le Juge de Paix, le brigadier de gendarmerie et moi, s'il n'y avait pas crime.

Dans cette idée et comme chef de Police, j'ai cru devoir requérir Monsieur D. pour aller faire la constatation. Les blessures étaient telles que nous avons décidé qu'il fît l'opération nécessaire, pour juger s'il y avait crime ou non.

Ces frais ne doivent donc pas incomber à la commune, puisque je n'ai fait que ce qu'aurait fait un commissaire de police, si nous en avions eu.

J'ai dit à Monsieur D. que je me refusais à le mandater.

Veuillez agréer, Monsieur le Procureur, l'assurance de mon respect.

R.
maire de M.

Il rappelait la formule employée dans sa réquisition : *Attendu qu'il y a doute sur le point de savoir s'il y a crime, accident ou suicide* ; la réquisition figurait d'ailleurs au dossier.

Le 20 mars, réponse du procureur au Juge de paix :

L., le 20 mars 1897.

Monsieur le Juge de paix,

Je vous retourne, pour la deuxième fois, le mémoire ci-joint, qui ne peut être taxé.

Pour arriver à obtenir la taxe, il y aura lieu :

1° *de faire refaire les réquisitions, qui* devront être modifiées sur deux points : 1° la phrase suivante: *Attendu qu'il y a doute sur le point de savoir s'il y a crime, accident ou suicide*, devra être modifiée, et il est préférable et nécessaire de s'exprimer, par exemple, ainsi : « Attendu que *la mort est suspecte et qu'il y a* « *des présomptions de crime* ; » — 2° il n'est pas douteux que le réquisitoire est muet sur le point de donner ordre au médecin commis de faire toute recherche ou *opération* permettant d'apprécier l'importance des plaies, d'en déterminer la profondeur et de s'exprimer par suite sur les causes de la mort. Monsieur le Maire de M., agissant en sa qualité d'officier de police judiciaire, me dit dans la lettre ci-jointe qu'il a incontestablement donné cet ordre au médecin commis. Dans ces conditions, j'estime qu'il y a lieu de prier Monsieur le maire de M., de refaire les réquisitions écrites, en tenant compte des modifications indiquées. »

2° Vous voudrez bien faire savoir à Monsieur le docteur D. que ses mémoires devront également être refaits : il n'appartient pas aux magistrats d'appliquer indifféremment tantôt le tarif de 1811, tantôt celui de 1893. Celui-ci a abrogé le tarif de 1811 en ce qui concerne les honoraires des médecins. Il y a donc lieu d'appliquer le tarif de 1893.

3° *Le droit de visite ne se cumule pas avec le droit d'opération* : M. le docteur me paraît avoir droit, dans la circonstance, au droit de 10 francs (opération autre que l'autopsie) et à cinq francs par rapport écrit.

Il y a lieu de faire remarquer au docteur, que le tarif alloue des frais de transport, lorsque le docteur commis s'est transporté *à plus de deux kilomètres* : or, ne s'étant transporté qu'à un kilomètre, il ne saurait avoir droit à *aucune indemnité de transport* (article 7 du décret du 21 nov. 1893).

Je vous adresse deux imprimés, qui faciliteront le docteur pour faire son mémoire.

Veuillez agréer, Monsieur le Juge de Paix l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le Procureur de la Rép.

Le 21 mars, M. le Juge de Paix, en conséquence des instructions qu'il venait de recevoir, m'adressait ce petit mot, avec les deux modèles de réquisitions, à faire remplir par le Maire.

M., le 21 mars 1897

Soit transmis à Monsieur le Dr D..., en le priant de refaire des mémoires dans le sens indiqué par M. le Procureur — il n'y perdra pas — et de faire timbrer l'un des deux.

Je joins à ce dossier, un modèle de réquisition conforme aux indications de M. le Procureur *que l'on pourra insérer au moyen d'un renvoi en marge des imprimés*, avec l'assurance de ma considération la plus distinguée,

Le Juge de Paix,
G.

Prière de me retourner le dossier une fois complété. J'y joindrai un mot.

1re *Réquisition.*

Attendu que P. Pierre, ouvrier chez M. D..., fabricant de chaux, vient d'être trouvé mort dans le canal de... près du four à chaux du dit sieur D.., portant à la tête plusieurs plaies, qui paraissent profondes et sur la nature desquelles nous ne sommes pas fixé.

Que cette mort est suspecte et qu'il y a présomption de crime;

Requérons M. le D. D... de se rendre à l'endroit précisé, et de là à l'hôpital où le cadavre de P... sera transporté s'il est nécessaire, à l'effet de disséquer les plaies que le dit cadavre porte à la tête, rechercher leur cause probable et si elles ont pu occasionner la mort ; pour ensuite, etc...

8 octobre 1896.

2e *Réquisition.*

Attendu que D..., Pierre, ouvrier chez M. D..., fabricant de chaux, vient d'être trouvé mort dans le canal de....., près du four à chaux du dit sieur D..., portant plusieurs plaies, qui paraissent profondes et sur la nature desquelles, nous ne sommes pas fixé;

Que déjà hier le cadavre d'un nommé P..., autre ouvrier de D...., a été trouvé au même endroit ayant à la tête des blessures analogues ;

Que cette mort est suspecte et qu'il y a présomption de crime ;

Requérons M. le Dr D.... de se rendre à l'endroit précisé, etc...,

9 novembre 1896.

Nota. — Il faudrait mettre, je crois, la date du 3 pour la 1re ; du 9 pour la seconde. — Si ce n'était pas exact, il y aurait à modifier la première, en mettant « a été trouvé hier » au lieu de « vient d'être trouvé ».

M. le Maire et moi, nous reprîmes donc le pensum; lui, se creusant la tête à chercher l'importance des mots qu'on le forçait de substituer à ses premières formules sur le papier officiel ; moi, soupirant sur mes dépenses de papier timbré, que l'application du tarif de 1893 compensera difficilement.

Que pensez-vous, Monsieur le Directeur, de cet imbroglio ? Quel temps perdu pour nos malades ? Et quelle mobilisation de fonctionnaires auront nécessité mes 26 francs, quand je les recevrai des mains du receveur d'enregistrement !

Veuillez agréer, etc.

Dr D., à M.

Nous ne pouvons, cher confrère, que partager votre avis. Un jour viendra, peut-être, si on ne supprime pas toutes ces formalités paperassiè-

res, où le médecin devra grever encore son budget, d'un secrétaire, quelque peu docteur en droit administratif.

Nous souhaitons que vous soyez arrivé au terme des tribulations que vous a causés le mémoire de 1896. Seulement, la chancellerie, s'appuyant sur la circulaire ministérielle de 1894, est encore bien capable de trouver que votre Procureur général a taxé trop généreusement. Espérons qu'après avoir touché vos 30 francs, vous n'aurez pas à reverser un *trop payé*. Cela se voit souvent ces choses-là, depuis les nouveaux tarifs, qui semblent avoir été faits surtout pour prolonger l'existence des anciens, auxquels on les substitue très exceptionnellement.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de Montaigu.

19 *décembre* 1896.

Présents : MM. Cleuet, *vice-président*, Guiberteau, *secrétaire*, Deherpe et Cornier, *syndics*, Bourdon, Bourgeois, Caillaud, Cailleteau, Cordier, Goin (Alfred), Goin (Alphonse), Mignen.

Excusés : MM. Piveteau, *président*, Goin (Charles), Doussain, Micheneau, Moreau.

Loi sur l'exercice de la pharmacie.

Le Syndicat persiste dans ses revendications antérieures et demande que :

1° Les pharmaciens puissent délivrer sans ordonnance, seulement les médicaments simples ou composés, dont le titre sera dressé par un règlement d'administration publique ;

2° Tout médecin puisse porter des médicaments à ses malades, lorsque ceux-ci demeureront à 4 kilomètres de toute pharmacie ;

3° La nouvelle loi n'ait pas d'effet rétroactif et les médecins, qui font actuellement de la pharmacie puissent continuer à en faire comme par le passé.

Les membres du syndicat insisteront personnellement près des Députés et Sénateurs pour leur faire admettre ces vœux.

Ordre des médecins.

Le syndicat se déclare partisan en principe à la création d'un ordre des médecins. Il renvoie à la prochaine réunion l'étude des voies et moyens.

Caisse de défense.

M. Guiberteau, rendant compte de l'Assemblée générale de l'Union des syndicats, cite l'exemple des médecins Belges, et insiste sur la nécessité de fonder une Caisse spéciale de défense.

Sur la proposition de M. Goin (Alfred), le syndicat vote la création d'une caisse semblable et la dote immédiatement d'une somme de cent francs.

Le secrétaire,
Dr Guiberteau.

Syndicat médical de la Marne.

(*Section d'Epernay.*)

18 *octobre* 1896.

Présents : MM. Chapt, Dhéruy, Dunand, Evrard, Foucard, Godard, Gueyrard, Laydeker, Michel d'Oger de Spéville, Pellot, Verron.

Excusés : MM. Bursaux, Choquard, Demange, Fourichon, Hugé, Janin, Leclère, Loriot, Moret, Oudiné père, Patenôtre, Masson, Mollin, Plicot, Sauvage, Vergez.

M. Lathuraz-Violet est admis comme membre du Syndicat.

Assistance médicale gratuite.

M. Pellot présente un rapport sur cette question :

Je constate que le Syndicat a adopté le règlement départemental, mais que certaines communes n'ont pas organisé le service ou l'ont organisé d'une manière absolument défectueuse. Il convient donc de réclamer près de l'Administration préfectorale.

Le Syndicat vote l'envoi du rapport au Préfet de la Marne.

Assurances Accidents.

M. Dunand, rapporteur, rappelle d'abord que les Compagnies d'assurances accidents sont des sociétés financières et non des œuvres de charité, d'assistance et de philanthropie.

En fin de compte, c'est toujours l'ouvrier qui est le véritable assuré, comme c'est lui qui paie la prime sur son travail — il doit donc avoir le droit de se faire soigner par qui bon lui semble.

Les Compagnies doivent se borner à faire constater le sinistre et sa terminaison.

Le médecin peut donc avoir deux rôles différents : 1° celui d'expert de la Compagnie pour la constatation du sinistre et de sa terminaison ; 2° celui de médecin traitant.

Les deux fonctions peuvent être acceptées par le médecin même avec certaines précautions écartant toute violation du secret professionnel. Cette situation, qui sera imposée le plus souvent par des nécessités pratiques a même l'avantage d'éviter les conflits ou malentendus entre confrères.

Pour déterminer les honoraires dus à l'expert, il faut considérer :

1° Que tout accident constitue un cas d'urgence ;

2° Que l'examen médical, sur lequel doit être basé le certificat d'accident, est d'une importance extrême et entraîne pour le médecin les plus graves responsabilités.

La visite d'urgence et l'examen minutieux que nécessite l'accident ne saurait être assimilé à une consultation ordinaire ; le certificat doit être circonstancié et porter un pronostic dûment motivé ; il peut donner lieu à contestation et, par suite, à des démarches pénibles et onéreuses ; — il y a donc lieu de tarifer chacune de ces opérations à cinq francs, soit en tout 10 francs.

Quant au certificat de maladie, c'est un simple exeat assimilable aux certificats ordinaires taxés à 2 fr., à 3 fr., ou en cas de décès à 5 fr.

Si l'expert devait se transporter au domicile du sinistré, le tarif sera accru de 2 fr. par kilomètre de distance et, si le voyage avait lieu la nuit, de 4 francs. Dans la commune de résidence du médecin, une indemnité de 2 fr. lui sera allouée. Enfin, les pansements et opérations, s'il y a lieu d'en pratiquer, seront comptés à part.

Quant aux soins donnés par le médecin traitant, il est impossible d'accepter d'autre condition, que la rémunération à la visite selon les tarifs du Syndicat et selon la position sociale

de la victime de l'accident, sans faire entrer en ligne de compte la responsabilité possible du patron ou la richesse de la Compagnie d'assurances.

Cette question reste à l'ordre du jour de l'Union des Syndicats ; votre délégué aura mandat de soutenir à l'Assemblée Générale les décisions, qu'aura prises le Syndicat, afin qu'une solution intervienne, réglant d'une manière uniforme la question pour tous les médecins, pour toutes les Compagnies et pour tout le territoire de la République.

Les conclusions du rapport de M. Dunand sont adoptées à l'unanimité.

Le Secrétaire,
Dr EVRARD.

REPORTAGE MÉDICAL

Le 9 avril a eu lieu, sous la présidence du Doyen, le banquet offert par ses amis à M. *Henri Napias*, pour fêter son élection à l'Académie de Médecine, couronnement de la belle et noble carrière du nouvel académicien.

— M. le professeur Grasset nous fait observer que ce n'est pas le renvoi du Congrès de Montpellier qu'on réclame. On demande, au contraire, la remise de celui de *Madrid*, dont la date avait été fixée postérieurement à celle du Congrès français de médecine. (Voir Reportage, n° 16.)

Les épidémies d'Orient.— Ce n'est pas sans une certaine inquiétude, que nous apprenons l'apparition du typhus dans l'île de Crète ; nos soldats sont exposés à rencontrer là, comme à Madagascar, un danger bien plus grand que celui des balles des insurgés.

Après les conclusions de la Conférence de Venise, le gouvernement vient d'interdire l'entrée et le transit, en France et en Algérie, des chiffons, drilles, débris frais d'animaux, sabots, onglons, etc..., venant des pays contaminés.

Les navires partis de ces mêmes pays ne pourront être admis que dans les ports de Marseille, Alger, Pauillac, Saint-Nazaire, le Havre et Dunkerque, où ils seront soumis aux mesures de préservation reconnues nécessaires.

Le recrutement des médecins et chirurgiens des hôpitaux à Lille. — Lille possède une Université, et on se demande comment, dans ces conditions, le personnel médical des hôpitaux n'y est pas recruté au concours.

M. Debierre, professeur d'anatomie à l'Université de Lille, écrit à ce sujet les lignes suivantes :

« La vérité, la voici : l'Administration des hospices refuse le concours, parce que le Conseil municipal le demande.

« Que lui importe l'intérêt des malades des hospices, qui ont d'autant plus droit au médecin instruit et expérimenté, sélecté par le concours, qu'ils sont pauvres et malheureux !

« Les malades des hospices continueront à être soignés par des médecins que l'Administration des hospices accepte — responsabilité redoutable — de choisir elle-même, parce qu'il faut que l'Administration des hospices n'ait pas l'air d'obéir à un vœu du Conseil municipal, qui demande que les médecins et chirurgiens des hôpitaux soient choisis par le concours, comme à Paris, Lyon, Bordeaux, etc.

« D'un côté, on crée, en dehors des services de cliniques de la Faculté de l'Etat, des services hospitaliers qu'on réserve à certains professeurs ou agrégés de la Faculté qui sont *persona grata* auprès de quelques administrateurs des hospices ; d'un autre côté, on a abandonné au Père recteur de la Faculté catholique le choix des médecins ou chirurgiens d'autres services hospitaliers ; enfin, l'Administration des hospices se réserve pour elle le soin de choisir le reste au « petit bonheur »....

« Quel recrutement ! Comme ce régime doit être avantageux pour les malades et l'enseignement de la clinique ? »

— L'*Association des médecins de la Seine*, fondée en 1833, par Orfila, en faveur des membres malheureux de la profession médicale, a tenu le dimanche 11 avril sa 64e assemblée générale, sous la présidence de M. Brouardel.

Le Secrétaire général, M. Henri Barth, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 58.078 francs dont 16.365 fournis par les cotisations, 2.765 par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés.

Avec ces ressources, l'Association a secouru 3 sociétaires, 61 veuves ou familles de sociétaires, enfin 30 autres personnes appartenant au corps médical de Paris ou du département. De plus, 3 pensions viagères de 1.200 francs chacune ont été allouées à des sociétaires âgés et infirmes.

Le total des secours distribués s'est élevé à 52.000 francs. Une somme de 3.000 francs a été versée au fonds de réserve.

A la fin de la séance, ont eu lieu les élections du bureau pour le prochain exercice ; ont été élus : *président*, M. Brouardel ; *vice-présidents*, MM. Guyon et Fernet ; *trésorier*, M. Genouville.

—*Les concours.*— Un concours, pour trois places de médecin des hôpitaux de Paris, s'ouvrira le mercredi 26 mai 1897, à midi, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

Le registre d'inscription sera ouvert du 21 avril au 7 mai.

— Un concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris s'ouvrira le lundi 31 mai 1897, à midi, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria

Le registre d'inscription sera ouvert du 1er au 14 mai.

— *La lutte contre la tuberculose.* — En exécution des conclusions formulées par la commission, qu'avait constituée le Conseil municipal de Paris, afin d'étudier les moyens d'enrayer les progrès de la tuberculose, l'Assistance publique a élaboré un plan d'ensemble, d'après les indications du rapport Grancher-Thoinot. Ce plan comporte : 1° l'hospitalisation, en pavillons spéciaux, à Lariboisière, Tenon et Laënnec, de plus de six cents tuberculeux ; la création de trois sanatoria parisiens à Broussais, Cochin et Saint-Antoine, pour même nombre de ces malades ; l'adoption dans toutes les salles de tuberculeux d'un modèle nouveau de crachoirs faciles à stériliser. Il est même question de consacrer 6 millions à la construction d'un hôpital spécial.

— *Les professions libérales peuvent-elles se syndiquer?*
La conférence des avocats à la Cour de Cassation vient de constater qu'aux termes de la loi de mars 1884, les membres des professions libérales n'avaient pas le droit de se syndiquer.

La loi Chevandier a donc eu raison de bien établir ce droit pour les médecins. Nos lecteurs doivent se souvenir de la peine qu'il nous a fallu prendre pour obtenir ce droit : ce fut une de nos plus dures campagnes.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Dr LAROCHE, de Montignac (Dordogne), membre du Concours médical et de l'Association amicale.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 19 8 Mai 1897



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Société civile du « Concours Médical »

Séance du 21 avril 1897.

Présents : MM. les docteurs Cézilly, Gassot, Maurat.

Excusé : M. le docteur Gibert.

Lecture est donnée du procès-verbal de la précédente séance.

En conséquence de cette lecture, le Conseil examine la question de la *dichotomie*.

Il repousse cette pratique d'une manière absolue. Il est d'avis :

1° Que le médecin *traitant*, en cas d'opération ou de consultation, a droit à une rémunération spéciale, à prévoir dans les tarifs d'honoraires de chaque région.

2° Que cette rémunération doit être légitimement évaluée au quart des honoraires réclamés par le consultant ou l'opérateur.

3° Que la somme totale doit être réclamée à la famille par le consultant ou l'opérateur, à l'issue de la consultation ou de l'opération, mais avec *indication formelle* que le quart de la somme est destinée au médecin traitant.

Le Conseil décide, en outre, que les motifs de ses conclusions seront soumis par lui, à toutes les Sociétés médicales et à tous les Syndicats, ainsi qu'à l'Assemblée générale des Membres du Concours Médical.

Il vote les fonds nécessaires à l'envoi de l'exposé des motifs de sa détermination.

Le Conseil de Direction examine le projet de règlement de la Commission des *Sanatoria*, qui sera inscrit à la suite du présent procès verbal ; il lui donne son approbation.

Le docteur Gassot donne lecture d'un projet de M. le docteur Jeanne, à l'effet d'inviter les correspondants de l'*Association amicale* à participer à la propagande de la *Caisse des Pensions de retraite* et à celle de la *Caisse des veuves et orphelins*.

Le Conseil décide qu'on s'efforcera de multiplier les correspondants, à l'effet d'en avoir au moins un par département et de fournir, à tous, tous les éléments d'une active propagande.

Le Conseil examine la proposition du docteur Barry, de Vivérols (Puy-de-Dôme), qui souhaite qu'on lui procure quelques enfants, auxquels il donnerait, pendant un an ou plusieurs mois, les bénéfices d'une cure d'air et si le succès répondait à son attente, voudrait fonder un établissement spécial de cure d'altitude. Le Conseil, sans se prononcer sur les chances de cette tentative, est disposé à la favoriser.

Le Conseil de Direction prend connaissance de la correspondance et donne à chaque affaire la solution qu'elle comporte.

Règlement de la Commission des Sanatoria (1).

Article 1er. Il est constitué au siège du « *Concours médical* » une commission chargée d'étudier les moyens de favoriser l'établissement en France des sanatoria pour tuberculeux.

Art. 2. Cette commission, composée de médecins désignés par leur compétence, se réunira sous la présidence de M. le Dr Cézilly, et sur sa convocation.

Art. 3. La commission examinera avec le plus grand soin, et dans tous leurs éléments, c'est-à-dire au point de vue des plans et de la combinaison financière adoptée, les projets dus à l'initiative privée qui lui seront soumis, et pour les frais d'étude desquels il lui sera versé par les auteurs une provision à fixer.

Art. 4. Comme conséquence de son examen, elle émettra des avis d'approbation, et pourra même signaler aux médecins, par la voie de ses procès-verbaux, les projets qui offrent assez de chances de succès et d'avenir pour mériter

(1) La Commission a tenu à rester rigoureusement dans les termes du mandat confié par l'assemblée générale de 1896 au Conseil de direction du « Concours médical ».

la confiance des capitalistes, médecins ou particuliers.

ART. 5. Il lui appartiendra de signaler les défectuosités qu'elle aura reconnues dans chaque projet, mais, en s'adressant alors aux auteurs seulement, la publicité de ses jugements devant être réservée aux cas favorables prévus à l'article précédent.

ART. 6. Elle provoquera par tous les moyens qu'elle jugera convenables l'initiative de la création de sanatoria dans les points où cela lui paraîtrait particulièrement désirable ; réunissant dans ce but tous les renseignements et toutes les données qu'elle aura pu trouver, et les mettant à la disposition des chercheurs.

ART. 7. Le journal le *Concours médical* publiera le compte rendu des travaux de la commission au fur et à mesure qu'ils auront produit des résultats certains.

ART. 8. Le Secrétaire de la Commission exposera, à l'Assemblée générale des membres du Concours, la tâche accomplie au courant de l'année, dans cette branche si intéressante de la croisade antituberculeuse, et fera, s'il y a lieu, des propositions pour l'avenir.

ART. 9. Les provisions versées pour frais d'études des projets seront employées, en jetons de présence, dépenses de correspondance ou de voyage, visites aux établissements projetés, etc..... les membres de la commission, qui donnent gracieusement leur temps, devant être indemnisés des déboursés faits, pour accorder ou refuser en pleine connaissance de cause le patronage.

ART. 10. La commission se tiendra en relations constantes avec les autres œuvres qui, sur des terrains différents, ont entamé la lutte contre la tuberculose : Institut Verneuil, Œuvre des Hôpitaux marins, Sanatorium Armaingaud, Œuvre des Enfants Tuberculeux, etc..., afin de faire profiter les projets qu'elle patronnera, du crédit acquis par les comités qui dirigent ces œuvres sœurs.

ART. 11. Elle jouera le rôle de trait d'union entre les établissements qui seront créés, avec son approbation, dans des conditions diverses de climat, d'altitude, de telle façon qu'ils réunissent, par leur groupement, les éléments d'une cure rationnelle non interrompue et pouvant être méthodiquement modifiée suivant les indications.

ART. 12. Dans le cas où un sanatorium, créé sous son patronage viendrait à subir des changements qui lui paraîtraient capables de porter préjudice à son bon fonctionnement, la commission se réserve le droit de ne pas lui continuer son appui.

ART. 13. Elle centralisera les renseignements de statistique qui lui seront obligatoirement fournis par les médecins-directeurs, et tous documents de ce genre capables d'éclairer la question du traitement de la tuberculose, et celle de la marche de ce fléau en France.

LA SEMAINE MÉDICALE

Nature bactérienne de la calvitie et de la séborrhée.

D'après le Dr *Sabouraud*, la séborrhée grasse est un état morbide très fréquent de la peau qui

FEUILLETON

Indicateur sommaire des Œuvres et Institutions pour la cure et la prophylaxie de la scrofule et de la tuberculose, fondées jusqu'à ce jour en France (1).

La science a fait de sérieux progrès, pour la guérison et la prévention des deux maladies qui font le plus de ravages, par les infirmités et la mortalité qu'elles occasionnent : la *scrofule* et la *tuberculose*. Aussi a-t-il été fondé successivement, depuis plusieurs années, en France, diverses *Œuvres* et *Institutions*, qui ont pour but, les unes de faire connaître au public, par une large vulgarisation, les nouvelles et puissantes ressources mises ainsi à sa disposition, pour guérir ou prévenir ces maladies évitables, les autres de les mettre à la portée de toutes les classes de la Société, aussi bien des plus pauvres que des plus fortunées.

Chacune de ces *Œuvres* et *Institutions* ne vise la réalisation que d'une partie du programme commun. Les unes ont pour objet de *guérir*, les autres de *prévenir*; celle-ci s'occupe des enfants, celle-là des adultes, une autre de tous les âges. Telle d'entre elles ne s'adresse qu'à la *scrofule* et aux *tuberculoses locales*, telle autre, à la *tuberculose pulmonaire* exclusivement.

Or, il arrive qu'une bonne partie des personnes qui s'intéressent à ce mouvement, et veulent le favoriser ou en profiter pour eux ou pour leurs protégés, confondent ces institutions les unes avec les autres, et perdent un temps précieux à rechercher celle qui répond à leur préoccupation ou à leur besoin. C'est ainsi qu'on s'adresse souvent pour faire admettre des enfants *phtisiques*, au *Sanatorium d'Arcachon*, ou à tout autre hôpital marin, qui ne reçoivent que des enfants scrofuleux, lymphatiques, rachitiques ou anémiques, et excluent d'une manière absolue tout enfant déjà atteint de *tuberculose pulmonaire*; c'est ainsi encore que l'administration du *Sanatorium d'Arcachon* reçoit souvent des demandes de documents ou de services qui sont, en réalité, destinées à l'œuvre des *Enfants tuberculeux* et à l'hôpital d'Ormesson, et inversement ; que des demandes du même genre, qui ne peuvent être satisfaites que par la *Ligue contre la tuberculose* sont reçues et retournées par l'*Œuvre de la tuberculose*, et réciproquement.

De là, beaucoup de fausses démarches, de malentendus, de rectifications, quelquefois même de voyages inutiles, qu'il vaudrait mieux éviter.

Dans le but d'épargner aux intéressés ces ennuis, ces dépenses inutiles de temps et d'argent, nous consacrerons le présent feuilleton à leur fournir des renseignements courts, mais précis sur chacune de ces œuvres, avec la désignation des Administrateurs ou Directeurs, auxquels ils devront s'adresser pour se mettre en rapport direct avec elles.

Ces *Œuvres ou Institutions* se classent en deux catégories bien différentes :

1° Celles qui ont pour objet la *guérison* de la *scrofule* et des *tuberculoses locales*, et la *prévention de la tuberculose pulmonaire* ou phtisie :

2° Celles qui visent la *guérison* de la *phtisie pulmonaire.*

Première catégorie.

Comprend elle-même deux ordres d'Institutions distinctes correspondant aux deux *conditions productrices* de la *tuberculose.*

(1) Documents pour les médecins qui désirent procurer à leurs clients pauvres les bénéfices des œuvres indiquées.

a pour caractéristique une hypersécrétion des glandes sébacées ; par suite les pores sébacées augmentent de diamètre et deviennent visibles à un examen attentif à l'œil nu ; à la longue les poils tombent et disparaissent définitivement. Sur cet état morbide, viennent s'en greffer d'autres ; au cuir chevelu, le pityriasis, au visage, l'acné polymorphe, indurée, pustuleuse (1).

Si on comprime une glande sébacée, on voit sortir un cylindre graisseux, plus ou moins gros sous forme de ver. L'examen microscopique, après coloration à l'aniline, y montre des myriades d'un très fin bacille, aucune affection cutanée n'offre son microbe aussi pur et aussi abondant. Ce bacille petit et sous forme de coccus quand il est jeune, a lorsqu'il est adulte de 1 m/m de long sur 1/2 m/m de diamètre et peut atteindre la dimension du bacille tuberculeux. Il se colore facilement avec tous les colorants. Ce bacille se localise dans la glande sébacée. Chaque glande atteinte est remplie de sébum et d'amas microbiens compacts. Comme chaque glande s'accompagne d'un poil, celui-ci est aplati et refoulé excentriquement par un cocon de lamelles cornées et de sébum.

Le COMÉDON ou cylindre gras à tête noire, qui sort sous forme de ver, est un énorme cocon séborrhéique, où déjà la dégénérescence et la destruction de la glande commencent. Sur le comédon, vient se greffer l'ACNÉ avec des bacilles variés entre autres un coccus blanc, butyrique spécial, amenant des nodules indurés (a. indurée) ou suppurés (a. suppurée).

Il peut se produire une acné furonculeuse à répétition dont le staphylocoque doré est alors responsable (1).

Au cuir chevelu la séborrhée grasse peut se compliquer de PITYRIASIS causée par un microbe encore mal étudié. La séborrhée grasse de la tête provoque la CALVITIE (2) ; certaines poussées de séborrhée sont presque aiguës, les cheveux s'éclaircissent en quelques semaines ; généra-

(1) *Annales de l'Institut Pasteur*, fév. 1897, Soc. Française dermat., 11 mars 1897 et *Le Correspondant médical* de M. Dalloz, avril 1897.

(1) Cette distinction entre la séborrhée et l'acné est capitale. Elle nous montre la séborrhée survenant chez les gens arthritiques à diathèse acide, et l'acné n'est plus qu'une complication qui provient de causes différentes, inoculation de staphylocoques par contact, par séjour dans une atmosphère poussiéreuse, par manque de soins de propreté, par dyspepsie, etc., etc. Nous avions souvent remarqué que les séborrhéiques qui prennent grand soin de leur toilette et font une hydrothérapie régulière ne sont pas atteints d'acné.

(2) Il s'agit ici de la calvitie vulgaire, dite arthritique. C'est la calvitie la plus fréquente, mais on sait qu'il est d'autres causes, maladies infectieuses et notamment la syphilis qui peuvent la déterminer. De plus, il convient de noter chez les arthritiques, des différences. D'ailleurs, si la calvitie est si fréquente chez l'homme et si rare chez la femme, c'est bien au port de coiffures lourdes et chaudes que l'homme le doit. Sous le gibus, la sueur acide ne peut s'évaporer et reste à une haute température. Or, Sabouraud nous montre que le milieu acide est très favorable à la culture du bacille. A côté de la cause première microbienne, il est des circonstances adjuvantes, causes occasionnelles qu'il est utile de préciser.

La *tuberculose* résulte en effet de la rencontre et de la combinaison de deux éléments.

1° Un *microbe* ou bacille spécial, un germe, une graine répandue autour de nous par l'expectoration des tuberculeux ; 2° *un organisme* préparé à l'accueillir, à lui servir de terrain de culture, en un mot, un organisme *prédisposé*.

Sans le microbe ou bacille tuberculeux, pas de tuberculose ; mais, malgré la présence du bacille, pas de tuberculose sans un terrain de culture. La *prophylaxie ou hygiène préventive* de la tuberculose, comprend donc, en réalité, deux opérations distinctes, d'une égale importance, qu'il faut mener de front et qui se complètent l'une l'autre :

1° Prévenir la contagion, c'est-à-dire l'introduction du microbe, de la graine tuberculeuse dans l'organisme.

Les moyens pratiques de réaliser cette première indication forment l'objet de la *Ligue contre la tuberculose*, dont il sera question plus loin.

2° Ecarter ou vaincre l'aptitude à recevoir le germe et à le faire fructifier, en combattant toutes les influences qui peuvent diminuer la résistance de l'organisme aux attaques toujours imminentes du microbe et de la contagion, et guérir la misère physiologique sous toutes ses formes : faiblesse de constitution, scrofule, rachitisme, prédisposition apportée par l'hérédité, etc., c'est-à-dire remanier le terrain, transformer le terrain de culture en un terrain réfractaire.

Ce but est atteint par l'Institution des **Hôpitaux ou Sanatoriums marins**, qui a pour objectif et pour résultat, en procurant une *résidence prolongée sur le bord de la mer*, aux enfants appartenant aux catégories ci-après désignées, de leur refaire une nouvelle constitution :

1° Aux *enfants scrofuleux*, dont la mer guérit les tuberculoses locales, adénites suppurées ou non, tumeurs blanches, coxalgie, engorgements strumeux des jointures, mal vertébral de Pott, etc., tuberculoses locales, qui, non guéries dans l'enfance, sont presque toujours suivies de la tuberculose pulmonaire et de la tuberculose générale, dans l'adolescence ou l'âge mur.

2° Aux *enfants lymphatiques* ou atteints de débilité constitutionnelle, qu'elle empêche de devenir scrofuleux, puis tuberculeux pulmonaires.

3° Aux *enfants rachitiques*, dont elle redresse les difformités de toutes sortes et reconstitue la nutrition viciée.

4° Aux *enfants nés de parents phtisiques*, mais qui ne sont pas encore atteints, en relevant leur vitalité amoindrie, qui les rend particulièrement aptes à se laisser envahir par les bacilles tuberculeux ; mais à la condition de les soumettre, *dès la première enfance*, au traitement par la mer.

La proportion des guérisons pour toutes ces catégories réunies de malades, est de 60 à 95 %, suivant la gravité et l'ancienneté des cas, et la durée du traitement.

A. HOPITAUX ET SANATORIUMS MARINS.

Hôpital marin de Berck-sur-Mer.
(Pas-de-Calais)

fondé en 1861 et agrandi en 1869 par l'Assistance publique de Paris, sous l'inspiration du Dr Perrochaud et du Dr Jules Bergeron ; petit hôpital en bois, **100** lits, en 1861 ; grand hôpital, **600** lits, en 1869. Reçoit les enfants scrofuleux et rachitiques des hôpitaux de Paris.

Les établissements Cornu, fondés à la même époque, reçoivent les enfants *assistés* du département de la Seine.

L'hôpital Cazin-Perrochaud, fondé à Berck en 1893 par le docteur Calot et par les Sœurs de Saint-François, reçoit des enfants pauvres de Paris et de

lement la dépilation met des années à s'accomplir. C'est parce qu'Unna n'avait étudié à la face que le comédon, et que ce dernier n'existe point à la tête qu'il n'avait pu identifier le bacille de la calvitie et celui du comédon.

Au cuir chevelu, comme aux régions duveteuses, toutes les fois que le bacille spécifique de la séborrhée envahit une follicule, il se produit autour de ce follicule et en particulier à sa base autour de la papille pilaire un afflux de cellules migratrices. La papille s'atrophie peu à peu, elle fabrique un cheveu de plus en plus grêle et dépigmenté. Finalement elle meurt et le poil est expulsé.

Peu à peu, la sclérose progressive de tous les éléments du follicule pilaire amène en lui des changements de forme considérables. Toute la partie du follicule envahie par la colonie microbienne devient anfractueuse, caverneuse, coupée de diaphragmes étroits qui rendent l'infection inaccessible à l'antisepsie externe. Mais l'abondance incroyable et la pureté absolue de l'infection demeurent, alors même que la calvitie est pleinement et définitivement constituée.

Le bacille séborrhéique demande comme presque tous les microbes de la peau des milieux de culture très acides (1) et fortement azotés.

Les colonies poussent assez rapidement, deviennent visibles du troisième au quatrième jour et prennent peu à peu la forme conique acuminée. Leur culture, blanc sale sur le milieu non glycériné, prend, sur milieu glycériné, une couleur rose brique extrêmement particulière. La température optima est de 35°. Une chaleur de 65 à 67, prolongée 10 heures tue le coccus blanc et respecte le micro-bacille, ce qui constitue un élément de différenciation.

Le microbe de la séborrhée grasse comme tous les hôtes microbiens de la peau humaine se montre pour tous les animaux de laboratoire d'une virulence quasi nulle. Mais LA TOXINE FABRIQUÉE PAR CE MICROBE EST DÉPILANTE. Inoculée profondément sous la peau et dans les masses musculaires d'un lapin, elle a déterminé sans aucun autre symptôme, 40 jours après l'inoculation, une alopécie générale.

Cette toxine, même inoculée au sein de l'économie, garde son action élective et exclusive sur les poils. On comprend ainsi le mécanisme de la calvitie par action à distance, car à aucun moment de l'infection, la papille pilaire n'est directement envahie par le microbe.

La PELADE ne serait qu'une infection locale aiguë de séborrhée grasse. On peut expliquer la pelade en ce qu'elle est provoquée par l'inoculation d'un germe plus virulent ou parce que le bacille séborrhéique ordinaire renforce sur place sa virulence. Quelle que soit l'explication, le fait n'en existe pas moins. (*Correspondant médical.*)

Le même microbe de la séborrée se retrouve extrêmement abondant dans la pelade et y provoque les mêmes lésions histologiques. Bien que les inoculations exigent une technique très spéciale (car les milieux animaux sont neutres ou alcalins) Sabouraud est parvenu à obtenir sur le mouton, le cobaye et le lapin,

(1) Notez que la calvitie est surtout fréquente chez les arthritiques. Or, on sait que ceux-ci possèdent des humeurs extrêmement acides. On voit qu'ici encore les découvertes bactériologiques viennent confirmer et préciser les données cliniques.

---

plusieurs départements du Nord et du Nord-Ouest de la France.

2° *Sanatorium d'Arcachon (Gironde).*
(Mer et forêt de pins)

fondé en 1887 par le Dr Armaingaud, ouvert le 1er août 1887 dans le local provisoire, et le 15 juillet 1888 dans les constructions définitives ; **110** lits (décembre 1895), **200** lits à la fin de 1897.

Reçoit, à toute époque de l'année, les enfants de 2 à 14 ans, atteints de scrofule, de lymphatisme, de rachitisme, de débilité constitutionnelle, d'anémie, de bronchites non spécifiques, et les enfants prédisposés à la tuberculose pulmonaire par l'hérédité, mais non encore atteints.

Ces enfants sont entretenus, soit par les municipalités, soit par les départements (enfants assistés), soit par les bienfaiteurs, soit par leur propre famille, soit par l'œuvre particulière du Dr Armaingaud.

S'adresser soit à Arcachon, à M. Richard, directeur du Sanatorium, soit au Dr Armaingaud, administrateur, à Bordeaux, 61, cours de Tourny ; à Paris, 150, boulevard du Montparnasse.

3° *Hôpital marin de Pen-Bron* (au Croisic)

fondé par M. Pallu, ouvert en septembre 1887, **300** lits.

Reçoit, toute l'année, les enfants de 4 à 14 ans, atteints des maladies sus-mentionnées.

S'adresser à l'administration de l'hôpital marin, au Croisic.

4° *Sanatorium de Banyuls-sur-Mer*
(Pyrénées-Orientales)

fondé en 1887 sur l'initiative du Dr Armaingaud et grâce à l'intervention administrative de M. Georges Lafargue, préfet des Pyrénées-Orientales, par un vote du Conseil général de ce département ; ouvert le 7 octobre 1888.

La propriété de cet Etablissement, d'abord départemental, a été transmise à l'*Œuvre nationale des Hôpitaux marins*, le jour même de l'inauguration, présidée par M. Henri Monod, Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au Ministère de l'intérieur. Nombre des lits : **200**. Reçoit les enfants de 2 à 14 ans, appartenant aux catégories sus-indiquées.

S'adresser à M. Baudry, Secrétaire général de l'Œuvre des hôpitaux marins, 62, rue de Miromesnil, à Paris.

5° *Sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer* (Nord)

fondé en 1890 ; 80 lits. S'adresser au Directeur.

6° *Sanatorium Renée-Sabran*, presqu'île de Giens, à Hyères (Var)

fondé en 1890 sur l'initiative du Dr Vidal (d'Hyères), et de M. Sabran, Président du Conseil général des hospices de Lyon, largement doté de tous les services par la générosité de M. Sabran, de sa famille et de ses amis. Nombre des lits : **100** (en 1895) ; en aura plus tard **300**.

Reçoit des enfants de l'Assistance publique de Lyon.

7° *Œuvre nationale des Hôpitaux marins.*

souscription annuelle, 20 francs. S'adresser à M. Baudry, secrétaire général, 62, rue Miromesnil, à Paris.

L'Œuvre nationale des hôpitaux marins fondée le 15 novembre 1887, a pour but d'assurer ou de seconder la création ou le fonctionnement sur les côtes de France, d'établissements destinés au traitement des enfants scrofuleux des deux sexes. Elle a déjà

avec des cultures du microbe de la pelade, les aires alopéciques caractéristiques. Il renvoie du reste pour plus de détails à un prochain travail. Ces découvertes conduisent à une THÉRAPEUTIQUE RATIONNELLE. Pour la pelade, l'irritation au moyen de frictions à l'acide acétique hâte la repousse des cheveux nouveaux en excitant la diapédèse et l'expulsion des produits microbiens. Mais, contre les pelades envahissantes et les pelades chroniques, tant que l'examen démontre la présence du micro-bacille, le seul traitement est celui de la séborrhée grasse. Trois ou quatre agents thérapeutiques ont une valeur : le soufre, l'huile de cade, l'ichthyol et la résorcine. Le soufre est de beaucoup le plus actif. Les meilleurs véhicules du soufre sont les corps gras les plus pénétrants, comme la vaseline, la lanoline, la moelle de bœuf :

Exemples :

Turbith minéral......	3 gr.
Essence de citron.....	XX gouttes.
Vaseline..............	60 gr.

à appliquer le soir sur les cheveux et frictionner ; ou bien encore :

Pilocarpine.............	4 gr.
Quinine.................	4 gr.
Soufre précipité.........	10 gr.
Baume du Pérou........	20 gr.
Moelle de bœuf.........	100 gr.

La conservation des instruments en acier.

Le Dr *Maréchal*, d'Angers, donne les conseils suivants pour la conservation des instruments en acier :

Placer les instruments ou objets quelconques en acier, cuivre, nickel dans une des solutions suivantes :

1° Solution aqueuse de bicarbonate de soude à 2 p. 100 ;

2° Solution aqueuse de carbonate de soude à 2 p. 100 ;

3° Solution aqueuse de borate de soude à 2 p. 100 ;

4° Solution aqueuse de benzoate de soude à 2 p. 100 ;

5° Solution alcoolique de benzoate de soude à 2 p. 100 ;

6° Alcool à 95 degrés, 5 grammes ; borate de soude, 1 gramme.

La conservation dure un temps indéfini ; il semble même que des traces de sel alcalin suffisent, puisque la conservation est complète dans la solution n° 6, bien que le borate de soude soit insoluble dans l'alcool absolu.

CHIRURGIE PRATIQUE

Tuberculose osseuse. — Ostéite tuberculeuse des os longs.

Le bacille de Koch, presque toujours en permanence, quoique latent, dans la circulation des

contribué, nous l'avons indiqué plus haut, à la fondation de l'hôpital marin de Pen-Bron, qui, depuis, s'est affranchi de sa tutelle, et à l'organisation de celui de Banyuls-sur-Mer, qui lui a été cédé en toute propriété, sous la condition d'entretenir chaque année 20 enfants pauvres des Pyrénées-Orientales. Elle s'occupe, en ce moment, d'en organiser un autre dans l'île d'Oléron. Cette œuvre qui doit servir de lien entre tous les Hôpitaux et Sanatoriums marins, est destinée à prendre une importance de plus en plus grande, et a déjà rendu de très grands services.

B.— LIGUE PRÉVENTIVE CONTRE LA TUBERCULOSE.

La *Ligue préventive contre la tuberculose*, bien distincte de l'*Œuvre des Hôpitaux* et des *Sanatoriums marins*, la complète en réalisant la seconde opération, dont se compose la prophylaxie ou hygiène préventive de la tuberculose. Laissant à l'Œuvre des sanatoriums marins, le soin de remanier le terrain et de supprimer la prédisposition ou réceptivité de l'organisme, elle vise à détruire le germe, le microbe ou bacille, qui, introduit dans le corps des prédisposés, y *sème la tuberculose*.

Il ne s'agit plus ici d'Etablissements où sont reçus des malades, ni de constitutions à refaire, mais seulement d'une propagande méthodiquement et énergiquement organisée, pour faire connaître à tous, pour crier sur les toits les modes de propagation et de contagion de la maladie, et les moyens d'éviter cette transmission.

Il ne faut pas confondre cette *Ligue contre la tuberculose* fondée par nous en 1891, avec l'*Œuvre de la tuberculose* fondée, en 1886, sous l'impulsion du professeur Verneuil. L'*Œuvre de la tuberculose* est une institution *scientifique*, ayant pour but de favoriser les recherches nouvelles sur la cure de la tuberculose et sur sa prophylaxie. Elle fonctionne au moyen de souscriptions, dont le produit est affecté à subventionner les travaux de laboratoires, soit dans les Facultés et Ecoles de médecine et vétérinaires, soit dans les hôpitaux. Une grande partie de ces travaux sont publiés dans la *Revue de la tuberculose*, et sont présentés et discutés, tous les deux ou trois ans, au Congrès de la tuberculose, à Paris. M. le Dr Ch. Bouchard, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, est président de l'*Œuvre de la tuberculose*.

Quant à la *Ligue*, elle n'est pas une œuvre de science, mais de *vulgarisation*, d'éducation. Elle vise à faire passer dans la pratique les règles prophylactiques ou moyens préventifs, formulés par la science, à mesure qu'ils se déduisent des travaux des savants. Pour cela, au moyen de conférences et de petites brochures répandues à profusion, elle éclaire le public sur le danger permanent et croissant de la transmission de la tuberculose. Elle s'efforce de faire l'éducation du public à ce point de vue, et de mettre la prophylaxie de la tuberculose à l'ordre du jour des préoccupations publiques.

Le programme de cette Ligue est très simple. Des Instructions de huit pages, résumant les notions à vulgariser, sont tirées à un nombre immense d'exemplaires et adressées par paquets de 50 aux adhérents de la Ligue, qui les distribuent dans leur entourage, chacun d'eux comprenant qu'il a intérêt à les répandre, puisqu'il se défend ainsi contre les effets de la contagion et de la dangereuse solidarité qu'elle établit entre tous, riches et pauvres, enfants et adultes.

Pour faire partie de la Ligue, il suffit de fournir une souscription de *cinq francs*, en échange de laquelle on reçoit 50 exemplaires des Instructions à distribuer, et d'adresser cette souscription, soit à Arcachon à M. Richard, directeur du Sanatorium,

sujets faibles et lymphatico-scrofuleux, peut former des colonies, c'est-à-dire des cellules géantes et des follicules tuberculeux dans les os longs (fémur, tibia, humérus, péroné, radius cubitus, clavicule, côtes).

Un traumatisme assez violent, ou simplement, la congestion intense, que produit dans les os l'évolution de l'ossification et de la croissance, suffit pour créer un milieu local favorable à la prolifération des germes. C'est de cette façon que se forment les foyers tuberculeux osseux si fréquents dans l'enfance et dans l'adolescence.

Les os longs les plus fréquemment atteints sont le tibia et le fémur, en raison précisément, de leur situation inférieure, plus prédisposés aux traumatismes et à la stase sanguine.

Puis viennent, par ordre de fréquence, l'humérus, les côtes, la clavicule, le radius et le cubitus. Les modalités anatomiques sous lesquelles se présente la tuberculose osseuse des os longs, sont le tubercule enkysté, l'infiltration grise et puriforme, la carie.

Le tubercule enkysté est une masse blanc grisâtre ou jaunâtre, comparée par Nélaton à du mastic de vitrier. « Le foyer est bien enkysté au milieu du tissu spongieux ; la cavité, régulière, arrondie ou elliptique, qui contiendrait un petit pois, une amande, un œuf de pigeon, est tapissée d'une membrane d'un millimètre d'épaisseur environ, à surface interne lisse ou tomenteuse, souvent recouverte de matière caséeuse, à surface externe très vasculaire, très étroitement unie à la paroi osseuse.

Les tubercules envahissent le périoste et finissent par le perforer : si l'os est superficiel, les parties molles s'ulcèrent et la matière tuberculeuse est expulsée au dehors ; il reste une fistule qui peut persister indéfiniment. Dans d'autres cas, l'ouverture se fait dans une articulation ; le tubercule envahit le cartilage diarthrodial qui se perfore, et une arthrite suraiguë est la conséquence de cette pénétration de la substance caséeuse dans la jointure. Parfois l'os tolère la masse caséeuse déposée dans son épaisseur : un enkystement complet se fait, sous forme d'hypérostose et de transformation fibreuse, puis calcaire. » (Reclus.)

L'infiltration tuberculeuse est d'abord grise, demi-transparente ; puis, elle devient jaunâtre, opaque, puriforme. Elle aboutit à l'oblitération des vaisseaux et à la mortification, à la nécrose d'une certaine étendue de tissu osseux. Les parties nécrosées se limitent ; un sillon est creusé par l'ostéite raréfiante et le séquestre se trouve libre dans une cavité tapissée par une membrane fongueuse. Le séquestre n'est pas unique ; le plus souvent, il est accompagné d'autres séquestres plus ou moins volumineux que lui, et provoque, par sa présence, des suppurations intarissables que ne peuvent suffire à évacuer les fistules formées par la migration des abcès à travers les parties molles.

L'infiltration peut être diffuse et le ramollissement caséeux peut se faire de proche en proche, sans que les follicules aient même pu se constituer entièrement. C'est une sorte de fonte purulente rapide de l'os infecté. — A côté de ces lésions tuberculeuses variées, doit se placer la *carie*, modalité un peu spéciale de tuberculose osseuse, développée sur un os dont la nutrition est défectueuse.

Toutes ces lésions évoluent le plus souvent

---

soit au docteur Armaingaud, 61, cours de Tourny, à Bordeaux.

Les médecins, qui désirent faire des conférences sur la contagion et la prophylaxie de la tuberculose et l'organisation de la Ligue, recevront en s'adressant au Dr Armaingaud, des documents complets, et tous les renseignements de nature à rendre leur tâche facile.

Rien ne saurait mieux prouver l'utilité de cette Ligue que le fait suivant : dès que son fonctionnement a commencé à se généraliser en France, il en a été fondée une, organisée sur le même type, dans presque tous les pays : aux Etats-Unis, en Russie, en Italie, en Allemagne, en Danemark, etc.

Deuxième catégorie.

DES INSTITUTIONE ET ŒUVRES RELATIVES A LA TUBERCULOSE.

Cette catégorie comprend les Institutions, qui ont pour objet, non de prévenir la tuberculose pulmonaire ou de guérir les maladies qui y conduisent, mais de **guérir** la *tuberculose pulmonaire* elle-même dans des *Etablissements fermés* ou *Maisons de santé spéciales,* ouverts, soit pour les *adultes,* soit pour les *enfants.*

1° ADULTES.

En Allemagne, en Angleterre, en Suisse, il existe plusieurs Etablissements, Hôpitaux ou Maisons de santé, pour le traitement des adultes phtisiques, qui viennent se soumettre à la direction et à la surveillance permanentes du médecin.

Les résultats signalés sont excellents ; les statistiques indiquent que le nombre des guérisons dépasse de beaucoup celui des cures obtenues chez les malades soignés librement à domicile. En *France*, les tentatives de création d'Etablissements de ce genre, pour les adultes de situation aisée, n'ont pas encore réussi. Il est pourtant très désirable que cette lacune soit comblée le plus tôt possible.

En ce qui concerne les adultes *pauvres,* atteints de phtisie pulmonaire, la question très importante de leur hospitalisation à la campagne ou dans les forêts, de pins, est à l'ordre du jour ; mais, malgré les efforts de plusieurs médecins éminents, parmi lesquels les docteurs Grancher, Hérard, L. H. Petit, Letulle, etc., elle avance bien lentement, et nous n'avons à signaler que la fondation par l'Assistance publique de Paris du Sanatorium d'Angicourt (Oise), pour les phtisiques pauvres de Paris. 50 lits seulement, chiffre absolument insuffisant pour Paris (1).

Heureusement, nous sommes beaucoup plus avancés, en ce qui concerne les enfants, grâce à l'*Œuvre des enfants tuberculeux* (garçons) *et à l'Œuvre des jeunes filles poitrinaires.*

(1) Lire le très remarquable rapport des Drs Grancher et Thoinot sur la réforme de l'hospitalisation des tuberculeux à Paris, adopté à l'unanimité par la commission du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, le 11 novembre 1896. Les mesures proposées dans ce Rapport réaliseront un immense progrès dans le traitement de la phtisie des pauvres. Cette commission avait été instituée sur la proposition faite au conseil municipal de Paris par MM. R. Bompard et E. Clairin qui viennent de présenter au même Conseil un Rapport sur la mise en application des conclusions de MM. Grancher et Thoinot et sur la prophylaxie de la tuberculose dans les Ecoles.

avec quelques douleurs ; mais parfois, ces douleurs font à peu près totalement défaut, et, tout à coup, apparaît, en une région quelconque, un abcès plus ou moins volumineux, que l'on désigne sous le nom d'abcès ossifluent et qui, par sa présence, vient révéler le véritable siège de l'affection profonde, ignorée jusque là. Quand la douleur existe, elle est surtout provoquée par la pression, par les mouvements. On peut constater, en même temps que cette douleur, une tuméfaction, un gonflement plus ou moins appréciable. Les téguments voisins sont le plus souvent sillonnés de veines gonflées, bleuâtres, plus apparentes qu'à l'état normal ; la peau est un peu rouge, congestionnée ou, au contraire, très anémiée, d'une pâleur cireuse ; elle est aussi plus chaude que du côté opposé, sur le membre symétrique. Il y a souvent quelques phénomènes généraux fébriles vespéraux, des sueurs nocturnes, des signes de dépérissement, d'amaigrissement et de déchéance organique. L'appétit se perd ; il y a des périodes de diarrhée, de la phosphaturie et même quelquefois, de l'albuminurie.

Lorsque l'abcès évolue, il provoque une tuméfaction fluctuante sous la peau, pouvant rester froide, sans réaction, pendant plusieurs mois et rétrocédant exceptionnellement. Son ouverture large, par l'instrument tranchant, peut être le point de départ d'une infection tuberculeuse aiguë générale (granulie, méningite), son ouverture naturelle par amincissement progressif des téguments et perforation amène la formation d'une fistule intarissable qui se ferme et s'ouvre alternativement par des bourgeons charnus et des fongosités toujours renaissants.

L'exploration d'une fistule de ce genre, au stylet aiguillé, donne les plus intéressants renseignements sur la profondeur, et le siège de la lésion osseuse. On sent la surface dénudée, rugueuse, rocailleuse de l'os carié, ou même la mobilité et le grelottement du ou des séquestres, choqués pa r le stylet métallique. Le trajet des fistules est souvent anfractueux, irrégulier, et si long que le stylet ne peut tomber sur l'os dénudé. Il est nécessaire aussi de se rappeler que les abcès migrateurs sont parfois très éloignés de leur point de départ osseux (abcès du creux poplité provenant de la tête fémorale, abcès du cou-de-pied provenant du plateau tibial).

Lorsque les tubercules enkystés ou infiltrés se vident dans une articulation, ils provoquent une arthrite tuberculeuse dite « tumeur blanche » ; c'est le cas des arthrites coxo-fémorales, scapulaires, fémoro-tibiales, tibio-tarsiennes, huméro-cubitales, etc. Nous étudierons cette localisation articulaire, dans un prochain article consacré à la tuberculose articulaire.

Le diagnostic de la tuberculose osseuse est habituellement facile. Cependant, un certain nombre d'affections peut être confondu avec l'ostéite tuberculeuse : tout d'abord, les *névralgies osseuses*, *les points ostéocopes* des jeunes hystériques, se reconnaîtront à l'absence de gonflement osseux, à l'absence de phénomènes généraux et à la fugacité de ces douleurs ; *l'ostéo-périostite syphilitique* peut être beaucoup moins aisée à différencier. Tout au plus, pourra-t-on invoquer en faveur de l'ostéite syphilitique, l'exacerbation nocturne des douleurs, l'apparition d'une exostose considérable, le siège de la lésion dans

---

2° Enfants phtisiques

A. — *Œuvre des enfants tuberculeux de la classe pauvre.*

(Admission et traitement entièrement gratuits)

Œuvre fondée en 1888 (Hôpital ouvert le 25 novembre 1888), par les docteurs Hérard, Blache, Léon-Petit, etc., etc.

Administration et Dispensaire, rue de Miromesnil, 35, à Paris.

Comprend deux établissements : l'*hôpital d'Ormesson* (Seine-et-Oise), pour les garçons de 5 *à* 12 *ans*, atteints de tuberculose pulmonaire curable, 80 lits.

L'*hôpital de Villiers-sur-Marne*, pour les garçons de 12 *à* 16 *ans*, atteints de la même maladie.

B. — *Œuvre des jeunes filles poitrinaires.*

Hôpital Sainte-Marie, de Villepinte (Seine-et-Oise), construit en 1880.

C'est le premier hôpital de phtisiques construit en France (100 lits).

Résumé.

Si vous désirez procurer les bienfaits du *traitement marin* à un enfant scrofuleux, lymphatique, rachitique, anémique, ou simplement prédisposé à la tuberculose (mais non atteint de *phtisie pulmonaire*), adressez-vous pour les conditions d'admission, ou pour vous associer à l'Œuvre, à l'un des Hôpitaux ou *Sanatoriums marins* signalés dans cette Notice ; et s'il s'agit d'un enfant qui ait besoin de séjourner à la fois dans une forêt de pins et sur le bord de la mer, adressez-vous spécialement au Sanatorium d'Arcachon.

Si vous désirez contribuer pour votre part à la diffusion des notions sur la prophylaxie de la tuberculose, et en bénéficier pour vous-même et les vôtres, ou encore faire une Conférence sur ce sujet, adressez-vous à Bordeaux, à la *Ligue contre la tuberculose*, qui vous fournira tous les documents et renseignements. Dr Armaingaud, secrétaire général.

Si vous voulez contribuer par une souscription, à l'avancement des travaux scientifiques sur la tuberculose, adressez-vous à l'*Œuvre de la tuberculose*, à Paris, Dr H.-L. Petit, secrétaire général, rue du Pré-aux-Clercs, 18.

Si vous désirez faire bénéficier de la cure d'air, dans un hôpital spécial, un enfant *phtisique*, adressez-vous, s'il s'agit d'un garçon, à l'*Œuvre des enfants tuberculeux* et s'il s'agit d'une fille, à l'*Hôpital Sainte-Marie*, à Villepinte (Seine-et-Oise).

Et si dans ces différents Etablissements, la place ou les ressources manquent pour y recevoir votre protégé, concluez-en qu'on ne donne pas assez pour des œuvres si utiles, envoyez sans retard votre adhésion et votre souscription, et faites autour de vous une propagande active et incessante.

Dr Armaingaud.

les os les plus superficiels (tibia, clavicule, côtes) ; le traitement spécifique ioduré et mercuriel est la seule véritable pierre de touche du diagnostic réel. *L'ostéomyélite des adolescents* est aussi très malaisée à reconnaître au début et on peut la confondre avec l'ostéite tuberculeuse ; les signes distinctifs sont l'intensité des phénomènes généraux, l'élévation de température générale entre 39 et 40°5, l'état typhoïde, l'augmentation rapide de volume du membre atteint, l'intensité extrême des douleurs provoquées par la pression de l'os malade.

Quant à *l'ostéite traumatique*, l'évolution même de l'affection, survenue après un coup ou une chute, l'amélioration rapide par les résolutifs, bains, onguent napolitain belladoné, et surtout par le repos au lit, feront facilement voir qu'il ne s'agit pas d'une localisation tuberculeuse.

Le traitement doit être local et général. Localement, on évitera les opérations radicales et larges, qui risquent de répandre l'infection bacillaire dans tout l'organisme ; il vaut mieux procéder par petites étapes, désinfection des fistules au chlorure de zinc à 1/12, grattages, curettages, évidements, extraction des séquestres, nettoyages minutieux à l'eau phéniquée forte, au chlorure de zinc, au thermo-cautère, des fongosités de la membrane interne, drainage, pansements à l'iodoforme, au naphtol camphré, application d'un bandage compressif, repos absolu au lit. Quand le foyer de tuberculose osseuse ne communique pas avec l'extérieur, quand il n'existe pas de fistules, on doit essayer la méthode sclérogène de Lannelongue, c'est-à-dire, les injections profondes péri-osseuses, de II à III gouttes de solution de chlorure de zinc à 1/20.

Le traitement général consiste en toniques, reconstituants, huile de foie de morue, phosphate de chaux.

Tuberculose osseuse des os courts et des petits os. Spina ventosa.

Le *spina ventosa*, mot ancien dont la signification n'a été bien démontrée que depuis une cinquantaine d'années, est une affection tuberculeuse de l'enfance, qui n'atteint guère que les phalanges, les métacarpiens et les métatarsiens. A la main, c'est la première phalange du médius, qui est le plus souvent atteinte, puis, vient la première phalange du pouce ; au pied, la lésion se rencontre spécialement au premier métatarsien. « L'os malade est très déformé ; il est volumineux, renflé, bulleux, comme soufflé ; son canal médullaire est très agrandi ; les mailles osseuses, les trabécules ont disparu et l'on trouve, à leur place, une substance fongueuse, jaunâtre, d'aspect gélatineux. Le tissu compact de la diaphyse, aminci, refoulé par l'énorme développement de la moelle hypérémiée, est quelquefois ulcéré par les masses fongueuses qui forment des saillies bourgeonnantes, au travers de ces pertes de substance. Le cartilage diarthrodial peut se ramollir aussi, se décoller, provoquer une arthrite par propagation. Le périoste est épaissi, congestionné, décollé, ulcéré, perforé en certains points. Un séquestre blanc, dur, éburné, occupe généralement le centre de ce foyer fongueux. » (Reclus).

M. *Coudray* a publié, récemment, dans la *Médecine infantile*, un très intéressant travail sur les diverses variétés du spina ventosa, auquel nous emprunterons ce qui va suivre :

Le maximum de fréquence du spina ventosa est de 1 à 4 ans, mais on en observe quelques cas de 5 à 15 ans. En réalité, le sexe ne prédispose en rien à cette affection.

M. Lannelongue distingue deux formes :

1° La forme diaphysaire (spina-ventosa proprement dit), 2° la forme ostéo-articulaire.

1° Forme *diaphysaire*. Le début du mal se manifeste par une augmentation de volume de l'os, qui tient, partie au travail intra-osseux, partie à la sécrétion périostique. Suivant la répartition de l'hypergénèse osseuse, on observe soit un gonflement plus ou moins régulier de toute la phalange, soit une tuméfaction qui donne au doigt une forme qui rappelle celle d'un radis, ou d'un gigot. Les mouvements sont intacts ou à peu près, et la peau saine, surtout lorsque l'affection siège à la première phalange. Mais le fait n'est pas constant et on voit parfois, alors même que la lésion n'est ni suppurée, ni en menace de le devenir, la peau violacée, rougeâtre. C'est dans ces cas que l'on pense parfois qu'il s'agit d'une simple engelûre. Il est donc bon d'être prévenu de cette cause d'erreur, qu'on évitera facilement en se rappelant que le gonflement de l'engelûre est diffus et superficiel, tandis que la tuméfaction du spina-ventosa a des caractères opposés.

Terminaisons. — Il est habituel de dire que le spina-ventosa *guérit* facilement ; mais ce qu'on n'explique pas d'une façon claire, c'est dans quelles conditions fonctionnelles les petits sujets guérissent.

Dans les cas les plus simples, et dans ceux où intervient un traitement bien dirigé, la guérison intégrale peut survenir ; pendant plus ou moins longtemps persiste une *hypérostose* et une certaine gêne des mouvements, qui disparaît.

Mais il ne faut pas croire que cette terminaison idéalement favorable soit la règle ; le plus souvent, les mouvements de l'articulation voisine de la phalange atteinte sont limités ; la flexion en reste incomplète et parfois aussi l'extension ; est-ce le fait d'une altération articulaire ou d'une lésion tendineuse, il n'est pas facile de le dire ; les deux processus peuvent coexister. Dans quelques cas, rares il est vrai, quand il n'y a pas de suppuration, la guérison a lieu avec ankylose.

A titre exceptionnel, signalons une insensibilité à peu près complète de l'extrémité du doigt, observée, après plusieurs années, dans un cas de spina-ventosa de la troisième phalange.

La suppuration est fréquente. Un abcès se forme dans la région dorsale ou mieux latéro-dorsale ; qu'il s'ouvre seul ou qu'il y soit donné issue par le bistouri, l'orifice qui en résulte mène dans un trajet qui, le plus souvent, conduit dans le canal médullaire. Le foyer est-il limité, il suffit de curetter les parois de la petite cavité osseuse et de débarrasser le trajet des fongosités qui le tapissent pour voir survenir la guérison avec une minime cicatrice adhérente à l'os.

Mais cette guérison n'est souvent qu'apparente ; dans bon nombre de cas, en effet, après quelques semaines, l'évolution de la lésion reprend son cours ; la plaie, qui, en général, ne s'est

pas fermée, devient fongueuse, et une nouvelle intervention est nécessaire; on constate, alors, que la portion de phalange ou de métacarpien non explorée présente les mêmes lésions que celles trouvées dans la première opération. Ainsi se trouve créée une perte de substance osseuse, comprenant une étendue plus ou moins grande de la phalange et même la diaphyse tout entière. On voit parfois, comme l'a indiqué M. Lannelongue, des phalanges réduites à un tubercule épiphysaire ; ou bien encore le corps diaphysaire étant complètement détruit, les deux épiphyses sont soudées.

De cette perte de substance osseuse résulte un raccourcissement plus ou moins notable du doigt. Mais ce n'est pas la seule cause du raccourcissement ; il faut y joindre quelquefois un arrêt de développement, le cartilage épiphysaire pouvant être englobé dans la destruction osseuse ou bien troublé par l'ostéite réparatrice. Inversement, ce cartilage subissant une irritation, l'hypergénèse, qui traduit cette irritation, peut donner lieu à un allongement du doigt, mais le cas est rare.

Lorsque la perte de substance siège sur les métacarpiens, le doigt prend un aspect spécial, il semble pénétrer dans la main; c'est le doigt *rentrant*.

On conçoit qu'une semblable disposition entraîne des troubles fonctionnels d'une certaine importance.

Les lésions qu'on rencontre, en général, sont celles de la carie (dégénérescence graisseuse), et surtout des fongosités, parfois des séquestres, mais plus rarement que lorsque les extrémités articulaires sont atteintes.

2° Forme *articulaire*. La tuberculose des articulations des doigts peut être consécutive à la tuberculose de la diaphyse voisine, soit par continuité osseuse, soit plutôt par le mécanisme indiqué par M. Lannelongue, les fongosites ayant franchi la cavité médullaire et venant, en suivant les parties molles péri-articulaires, envahir la synoviale. Ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, sans doute, les lésions débutent par une des extrémités osseuses de l'articulation et vont envahir assez rapidement les diverses parties constituantes de cette articulation. Nous voyons ici se produire les faits qui, à l'instar de ce qui se passe dans toutes les autres articulations, relèvent de l'ulcération compressive (Lannelongue) ; le doigt se met en flexion, suivant l'influence prédominante des fléchisseurs, contribuant, dans une certaine mesure, à aggraver les désordres de l'ulcération compressive.

La suppuration est fréquente et se fait jour près de l'interligne articulaire, dans lequel on pénètre avec un stylet par l'orifice fistuleux, qui succède à l'ouverture de l'abcès.

Lorsque les lésions sont peu étendues, la guérison a lieu facilement à la suite d'un grattage des parties articulaires, mais c'est toujours avec soudure des deux phalanges ; cette soudure, à vrai dire, n'amène, la plupart du temps, qu'une gêne minime dans les fonctions et une déformation très peu appréciable.

Mais quand les lésions sont déjà anciennes, il n'en est pas de même ; en dehors de l'ankylose, il y a un raccourcissement assez marqué.

De même que dans la forme précédente, on trouve, à la suite de l'ostéo-arthrite, des doigts raccourcis, tordus ou incurvés, mais aussi des doigts subluxés ou luxés, suivant le mécanisme ordinaire des luxations pathologiques.

Mais, ce qu'il y a de particulier et de grave, dans la forme qui nous occupe, dans l'ostéo-arthrite, c'est la fréquence de la propagation des altérations aux gaines tendineuses. Pendant longtemps, les tendons résistent à l'envahissement, mais quand les fongosités siègent depuis un certain temps dans l'articulation, elles envahissent les gaines, et dès lors l'affection n'est plus localisée; les extenseurs semblent atteints les premiers, puis les fléchisseurs, de telle sorte qu'il faut parfois, pour se rendre maître de l'affection, qui, dès lors, prend une marche rapide, pratiquer l'amputation du doigt ou de l'orteil.

Traitement. — Aujourd'hui que la nature tuberculeuse du spina ventosa ne fait plus de doute, la nécessité d'un traitement général s'impose d'une matière absolue. L'hygiène, l'alimentation seront l'objet d'une préoccupation constante. Les médicaments ordinairement employés, l'huile de foie de morue, les préparations phosphatées et iodées trouveront leur application. L'huile de foie de morue reste le médicament de choix, mais s'il est facilement accepté par les petits enfants, on se trouve parfois en présence d'enfants plus âgés, qui montrent pour l'huile de foie de morue une répugnance insurmontable, quels que soient les artifices ou les correctifs employés pour en faciliter l'absorption.

Traitement local. — A la période de début, sous le prétexte que souvent l'affection guérit parfois d'elle-même, on ne fait rien, ou bien on se contente d'applications locales d'iode. Nous n'hésitons pas à penser que ce traitement est trop simple et qu'il conduit, dans bon nombre de cas, à l'aggravation des lésions.

La raison en est facile à comprendre. Comme les sujets porteurs de spina-ventosa sont des enfants et en général de petits enfants, ils continuent leurs jeux, au cours desquels, l'organe malade est exposé à des traumatismes fréquents.

Donc, ne fût-ce que pour protéger le doigt malade, il faut *l'immobiliser* ; de plus l'immobilisation, dans l'extension, préviendra la flexion qui survient souvent.

Lorsqu'il n'y a pas de déviation, une petite gouttière en gutta-percha, ou bien une attelle légère en bois, ou en carton pourront suffire. S'il existe une déviation, flexion ou incurvation latérale, il faut redresser le doigt et le maintenir en bonne position. Pour cela le meilleur moyen sera l'appareil plâtré.

La compression avec les bandelettes de diachylon, préconisée par Kœnig, agit aussi en immobilisant le doigt ; à ce double titre, elle est recommandable, mais on lui préfère la compression à l'aide de bandelettes d'emplâtre de Vigo.

Dans certains cas même, il est tout à fait précieux, c'est lorsqu'il s'agit d'une lésion suppurée à peine fermée. Dans ces conditions, l'emploi du topique antiseptique localisé permet d'aborder rapidement et avec simplicité le redressement d'un doigt dévié et de se passer d'un pansement ordinaire gênant pour l'application d'un appareil de redressement.

La *méthode sclérogène* de Lannelongue trouve-t-elle ici une application? Les essais de Lannelongue lui-même et ceux que M. Mauclaire rapporte dans sa thèse, ne sont pas très probants. Il est certain que la région n'est pas propice à l'application de la méthode, parce que les os sont superficiels et recouverts d'une épaisseur minime de parties molles, ce qui exposerait aux eschares, et en second lieu les lésions sont surtout osseuses, les synoviales étant presque quantité négligeable; puis, il faut éviter les synoviales tendineuses. En tout cas nous conseillons les solutions à 1/20 et trois ou quatre injections de II gouttes chacune nous semblent suffisantes pour une phalange.

« *C'est surtout pour les cas suppurés* que la méthode a été employée. Les injections ont été appliquées avant les curettages et évidements osseux. Sur 12 cas dont 5 ont été rapportés par Mauclaire, on note 6 guérisons, 2 résultats incomplets (guérison probable), 1 insuccès, 3 amputations consécutives, une du doigt (Perlis), 2 des orteils (Coudray). Dans ces deux cas les gaines étaient intéressées. Dans un cas, Mauclaire a eu des eschares. »

« En résumé, on doit recommander l'application de la méthode pour les cas non suppurés et à la première phalange; on a une épaisseur plus grande de parties molles que pour les autres phalanges. Dans les cas suppurés, elle n'a pas beaucoup d'utilité, mais cependant les cas publiés ne permettent pas d'en proscrire l'emploi.

« Que l'on utilise, ou non, les injections sclérogènes, les règles du traitement restent les mêmes dans les cas suppurés : il faut intervenir. Dans les cas les plus légers, l'ouverture simple de l'abcès, suivie de la cautérisation au thermocautère, ou d'un minime grattage peut suffire. Mais le plus souvent, on se trouve en face d'une phalange ou d'un métacarpien, dont les altérations sont assez étendues pour nécessiter l'évidement d'une partie de la diaphyse. Souvent même, une intervention de ce genre n'est pas suffisante, il faut y revenir et enlever une autre portion diaphysaire. C'est la connaissance de cette évolution, qui a amené certains chirurgiens à pratiquer d'emblée la *résection sous-périostée* de la diaphyse de la phalange atteinte. En théorie, cette conduite paraissait excellente, mais dans la pratique, il en a été autrement; la réparation est minime et inconstante.

« Dans la tuberculose *ostéo-articulaire* non suppurée, les mêmes règles sont à suivre pour le spina ventosa diaphysaire. Quand la suppuration survient, il faut mettre à nu l'articulation par une ou deux incisions latérales — une suffit généralement — et détruire avec la fine curette les parties articulaires altérées. On peut être amené ainsi à enlever une portion importante des épiphyses et même des diaphyses, mais il est préférable d'agir ainsi, sans attendre les complications du côté des gaines tendineuses : en pareil cas, en effet, l'envahissement des gaines par les fongosités est chose fréquente. Lorsque les fongosités n'occupent que la partie de la gaine qui avoisine l'articulation, il est possible d'y remédier par le curettage du tendon, qui est pratiqué en même temps que l'évidement osseux; mais quand les fongosités remontent sur les tendons, et surtout sur les fléchisseurs dans la paume de la main ou à la plante du pied, les altérations articulaires étant d'ordinaire fort étendues, la conservation devient difficile. Dans ces conditions, on met dans la balance d'une part les difficultés, la longue durée, le doute de la guérison sans le sacrifice de l'organe, l'utilité incertaine de cet organe conservé à tant de prix, et d'autre part la rapidité, la facilité de la guérison obtenue par une opération insignifiante, et c'est souvent — trop souvent — que le plateau amputation l'emporte.

« En résumé, la tuberculose des doigts est extrêmement curable ; si l'on veut bien la considérer comme très sérieuse et la traiter vigoureusement dès le début, par une bonne immobilisation, on obtiendra presque toujours une guérison à peu près intégrale, en tout cas une guérison sans la suppuration et les désordres qui en sont souvent la conséquence. »

D[r] Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Indépendance du médecin et les exigences administratives.

Mon excellent confrère et ami, le D[r] Jeanne, dans un de ses derniers *propos du jour* maintenait énergiquement le droit pour le médecin de se retrancher derrière le secret professionnel et ajoutait : « Si l'Administration veut avoir des renseignements, qu'elle s'adresse à ses médecins spéciaux.

Je n'aurais rien à objecter à cette solution, si le plus grand nombre des médecins ne protestait contre la tendance des administrations publiques ou privées, à avoir des médecins à elles, assermentés ou investis.

Nous pouvons, disent-ils, aussi bien que les médecins officiels, soigner les malades et délivrer les certificats nécessaires. S'adresser à des médecins spéciaux, c'est montrer à notre égard une suspicion inadmissible, en même temps que nous causer un tort véritable.

Ces revendications concordent mal avec la solution donnée par le docteur Jeanne.

Si le médecin entend se retrancher derrière son indépendance absolue, il ne doit pas prétendre aux fonctions dévolues par l'Administration. Si, au contraire, il veut être agréé par elle, il doit, ce me semble, se soumettre, dans une certaine mesure, à ses exigences.

Voici le fait auquel faisait allusion le D[r] Jeanne :

Le D[r] R... de M... avait donné ses soins à une dame, employée des Postes ; l'Administration lui demandait de vouloir bien consigner la nature de la maladie sur son certificat.

Le D[r] R... refusa, se retranchant derrière le secret professionnel.

Il reçut alors du directeur départemental des Postes et des Télégraphes, la lettre suivante :

Monsieur,

Par lettre, en date du 3 février courant, vous m'avez fait connaître que la loi sur le secret professionnel ne vous permettait pas d'indiquer la nature de la maladie, sur le certificat médical que vous avez délivré à Mme X...

L'Administration, à qui j'ai soumis le cas, me prie de vous faire remarquer qu'il s'agit, dans l'espèce, d'un simple renseignement administratif n'engageant pas la responsabilité du médecin, et que, du reste, en le demandant, l'Administration n'a d'autre objectif que l'intérêt de son personnel. Il importe, en effet, qu'elle sache si la maladie qui éloigne un agent de ses fonctions est contagieuse; si elle a pu être contractée dans le service et si elle entraînera une absence de longue durée, afin de pouvoir, suivant le cas, prendre toutes mesures utiles, soit pour éviter la contagion, soit pour sauvegarder les droits de l'intéressé à une pension de retraite, soit enfin, pour aviser à ce que l'exécution du service ne soit pas compromise.

Si, parfois, il peut y avoir inconvénient à consigner les indications de ce genre sur des certificats, dont les malades peuvent prendre connaissance, il est toujours possible aux médecins de renseigner directement et confidentiellement les chefs de service.

Mais, dans tous les cas, l'Administration a besoin d'être fixée sur la nature de la maladie de ses agents. Par suite, elle se trouvera dans la nécessité de refuser tout congé sollicité pour raisons de santé, chaque fois qu'il ne lui sera pas possible de statuer en connaissance de cause. Les médecins, qui s'obstineraient dans leur refus iraient donc à l'encontre des intérêts de leurs clients.

Je crois devoir ajouter, d'ailleurs, que les médecins assermentés n'ont jamais invoqué le secret professionnel, pour se soustraire à une formalité reconnue indispensable.

Agréez, Monsieur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le Dr R... en envoyant au *Concours médical* la lettre qui précède, ajoute :

Monsieur le directeur,

Je vous adresse la lettre du Directeur des Postes de Z... par laquelle l'Administration prétend avoir le droit d'exiger des médecins traitants et assermentés, le diagnostic de la maladie de ses employés.

Il me semble que nous ne sommes pas tenus en droit à cette déclaration.

Je ne m'explique pas qu'une question de pratique courante comme celle-là ne soit pas encore résolue.

Qu'en pensez-vous et que faut-il faire ?

Agréez, etc...

Le Dr Jeanne répond que le médecin traitant doit se retrancher derrière le secret professionnel et que l'administration se débrouillera comme elle l'entendra.

C'est là une solution catégorique, mais est-ce bien celle que nous devrons recommander d'une manière générale ? — Je ne le pense pas.

Les exigences des administrations ne sont pas toujours aussi inadmissibles qu'on le dit trop souvent : elles ont, elles aussi, leurs devoirs à remplir et pour cela, elles doivent être éclairées par l'homme de l'art.

Si le médecin traitant se récuse, elles seront bien obligées de créer ou de maintenir les postes officiels, aussi attaqués par les uns, que recherchés par les autres. Est-ce donc à cela que nous devons tendre ?

On peut mettre en fait que 99 fois sur 100 aucun inconvénient d'aucune sorte ne peut résulter de cette divulgation de la nature de la maladie ; c'est presque toujours pour faire acte d'indépendance inutile vis-à-vis des administrations omnipotentes, que le médecin résiste à leurs prétentions et qu'il leur refuse un diagnostic, qu'il donnera ou qu'il a donné sans aucune difficulté au parent, à l'ami, même au voisin. Et en ce faisant, il oublie l'intérêt du malade qui, agent de ces administrations, pâtira de son refus, en même temps que son intérêt propre, puisqu'il justifiera l'existence des fonctions médicales officielles, qu'il considère comme nuisibles ou blessantes pour lui.

Mais il y a le centième cas ! je dirai alors que rien n'est absolu en ce monde, pas plus le secret professionnel que le reste ; qu'en pareil cas, le médecin consultera sa conscience et que, si secret véritable il y a, il gardera ce secret.

D'ailleurs y a-t-il véritablement violation de ce secret ?

L'agent d'une administration, par le fait même de sa position, doit se soumettre à ses exigences : il sait parfaitement que malade, il devra produire un certificat libellé dans telles et telles formes, et, s'il demande à son médecin de lui délivrer ce certificat, il me paraît le délier par cela même de l'obligation du secret.

Mais, dira-t-on encore, le malade peut ignorer les conséquences de sa démarche, les dangers que peut lui faire courir la délivrance du certificat — j'estime alors qu'il appartient au médecin de l'éclairer sur les conséquences possibles de sa demande et de le mettre en mesure de décider lui-même.

Car, en somme, il n'y a que l'intérêt de notre client qui puisse nous arrêter et nous savons parfaitement que la divulgation du secret est toute relative, qu'elle se fait dans des conditions spéciales et que le directeur auquel parviendra notre certificat n'ira pas en publier partout les détails. Il est, lui aussi, lié par le secret professionnel.

Quant à faire ignorer à l'administration ce qu'elle prétend savoir, il n'y a pas à l'espérer : elle obligera son agent à passer devant un médecin officiel et elle aura les éclaircissements, dont elle a besoin.

C'est à ce seul résultat qu'aura abouti notre résistance.

Pour rester intransigeant, il ne faut, ni accepter, ni rechercher les présents d'Artaxercès ; il ne faut pas davantage se plaindre que ces présents soient recherchés ou acceptés par d'autres.

Mais si les nécessités de la lutte pour l'existence, si le sentiment d'une égalité — qui se justifie après tout — nous poussent à désirer quelques parcelles de la manne qui tombe des services publics, nous devons reconnaître que de nouveaux devoirs nous incombent.

A qui ne reconnaît pas notre intervention et n'admet que ses médecins officiels, nous pouvons répondre par un refus absolu de tout service, mais nous ne saurions agir de même, si on recourt à nous, si on accepte nos certificats, si, en un mot, on nous traite comme tout médecin devrait être traité.

Ce qui ne veut pas dire que nous ayons à perdre quoi que ce soit de notre dignité : médecins nous sommes, médecins nous saurons toujours rester, même en remplissant les devoirs médicaux que peuvent réclamer de nous les administrations publiques ou privées.

Nous ne perdrons pas plus de notre indépendance en donnant à un directeur des postes le certificat qu'il réclame, qu'en inscrivant un diagnostic sur une pancarte d'hôpital ou sur un bulletin de décès. A. Gassot.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical des Deux-Sèvres.

13 *décembre* 1896.

Présents : MM. Boudart, *Président* ; Baudry, Chatelin, Corneille, Saint-Marc, Dourif, Dulout, Dupont, Gaud, Guimbertière, Marion, Martineau, Mayet, Pillet, Piotais, Puy-le-Blanc, Lenoble, Varaillon.

Excusés : MM. Bayoux, Bégusseau, Charrié, Clais, Gaillard, Good, Grassin, Moreau, Prouhet, Rabec.

Le Dr Riffé, *de Coulanges*, est admis comme membre du Syndicat.

M. Corneille Saint-Marc est nommé syndic en remplacement de M. Prouhet, démissionaire.

Exercice de la pharmacie.

Le syndicat, s'inspirant par-dessus tout, des intérêts de la santé publique, proteste énergiquement contre le droit accordé aux pharmaciens de délivrer sans ordonnance tout médicament à l'exception des substances toxiques portées sur une liste et préfère le rejet pur et simple du projet de loi actuellement soumis et le maintien du statu quo.

Cependant, dans le cas où le projet ne serait pas retiré, l'Assemblée se reporte au vœu voté le 7 avril 1895 et le complète en demandant :

1° Qu'au lieu de donner aux pharmaciens une liste de médicaments qu'ils ne pourraient délivrer sans ordonnance, il leur soit donné, au contraire, une liste de ceux qu'ils pourraient délivrer sans ordonnance, la loi établissant en principe qu'il ne doit pas être délivré de médicament sans ordonnance de médecin.

2° Que le médecin ait le droit de fournir des médicaments à ses malades qui se trouvent à plus de 5 kilomètres de toute pharmacie.

3° Que le médecin ait le droit de délivrer les remèdes d'urgence quelle que soit la distance du malade.

4° Que la loi n'ait pas d'effet rétroactif pour les médecins faisant actuellement la pharmacie.

Cette motion sera adressée aux députés et sénateurs des Deux-Sèvres et au *Concours médical*.

Le secrétaire,
Dr Dulout.

REPORTAGE MÉDICAL

Le corps médical a à déplorer le tribut excessif qu'il a payé à l'incendie de la rue Jean-Goujon. Notre excellent collègue, le docteur *Le Sourd*, directeur de la « Gazette des Hôpitaux », perd sa fille Mme *Cordoen*. Mercredi, à 5 heures, au Palais de l'Industrie, nous avons trouvé le Dr *Nitot* qui, depuis la veille, cherchait, en vain, sa femme et sa fille et venait enfin de les retrouver parmi les 19 cadavres qui restaient encore exposés.

Autres victimes : le Dr *Feulard*, médecin de Saint-Lazare et sa fille, la sœur du Dr *Piqué*, chirurgien des hôpitaux et la fille du docteur Léon Simon. Espérons que la funèbre liste s'arrêtera là : nous adressons, aux familles, l'expression de notre profonde sympathie.

— Comme on le verra par le prochain compte-rendu de l'Assemblée générale de la Caisse des pensions de retraite, ce n'est pas 16, mais 20 pensions qu'elle distribue à dater de cette année.

— Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs que M. le docteur *Gilson*, d'Angoulême, membre du Concours médical et de l'Association amicale, a été nommé officier d'académie, le 2 mai dernier. Nous lui adressons nos félicitations.

— *Outrecuidance d'un rebouteur.* — Le Syndicat médical de l'Oise poursuivait dernièrement en police correctionnelle, à Compiègne, le sieur Lebrun, cultivateur à Saint-Sauveur, rebouteur à l'occasion, dont la spécialité est de guérir ceux qui n'ont rien, alors même qu'ils ne s'adressent point à lui. Qu'on en juge !

Au cours de son interrogatoire, il s'est vanté de posséder la confiance entière des médecins de Compiègne, qui lui envoient des malades ; il est allé plus loin, il s'est donné le rare mérite d'avoir traité la fille de l'un d'eux qui s'était cassé le bras en *deux endroits* (sic). C'est une légende que son industrie avait inventée il y a un peu plus de deux ans pour témoigner de sa capacité. Le Président du Tribunal l'ayant invité à désigner le médecin auquel il faisait allusion, il a nommé le Dr C..., et a malicieusement ajouté : « Oh ! ce n'est pas lui qui me l'a amenée, c'est sa femme. » Cette affirmation mensongère a eu le don de surprendre le Tribunal : le Dr C... est médecin-expert depuis plus de 25 ans, il le connaît, il le sait incapable de toute compromission illégale ; elle n'en a pas moins constitué un argument amusant de défense dont il a été tiré grand profit : il est même probable qu'elle n'est pas demeurée étrangère à la trop dérisoire condamnation du rebouteur, 16 francs d'amende, c'est-à-dire le minimum de la peine.

Quant à notre honorable confrère, il a écrit au dit sieur Lebrun et l'a mis au défi de fournir la preuve de son allégation ; il a, de plus, protesté dans la presse régionale. Le fait est faux : Mlle C... n'a jamais été, à aucune époque, atteinte de fracture ou de luxation ; un accident analogue lui serait-il survenu, jamais son père n'aurait fait à ses confrères de Compiègne et alias, l'injure de leur préférer un rebouteur.

Sans doute, le Dr C... aurait pu intenter contre celui-ci une action en diffamation ; des magistrats l'en ont dissuadé. Comment établir l'intention de nuire, et celle-ci prouvée, dans quelle mesure le Tribunal pouvait-il apprécier le préjudice causé ? Mieux valait en rester là.

— *Guerre d'Orient.* — La banque impériale ottomane demande des chirurgiens, anciens internes des hôpitaux de Paris, pour l'ambulance qu'elle vient d'organiser sur le théâtre de la guerre. Pour tous les renseignements, s'adresser de suite à M. le professeur Berger, 13, rue de Bourgogne.

— *Service de santé militaire.* — Un concours s'ouvrira le 13 décembre prochain, à l'Ecole d'application du service de santé militaire à Paris pour l'admission de docteurs en médecine et pharmaciens diplômés de 1re classe civils, aux emplois de médecins et de pharmaciens stagiaires.

— *L'inspection des cliniques.* — Le préfet de police vient de demander au Conseil d'hygiène de la Seine de préparer un projet de réglementation, au point de vue de l'hygiène, des cliniques et maisons de santé.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

No 4182. — M. le docteur Pannier, d'Arzon (Morbihan), présenté par M. le Directeur.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 20 15 Mai 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »,

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Caisse des pensions de retraite

du corps médical français.

Assemblée générale du 25 *avril* 1897,

sous la présidence de M. le Dr LANDE (de Bordeaux).

Le secrétaire général lit le compte-rendu de l'assemblée générale de 1896. Ce compte-rendu est adopté sans observations.

M. le Dr Bougon, à propos de la somme votée pour frais de bureau, demande s'il ne serait pas possible de couvrir cette somme par une augmentation sur chaque prime. Cette somme, qui grève le budget et le capital, assez fortement, annuellement, serait couverte, au contraire, très facilement par une minime surcharge de prime individuelle.

M. le Dr Lande fait observer que les craintes de M. Bougon ne sont pas fondées : les frais actuels ont été prévus dans les calculs d'établissement des tarifs : les intérêts des sommes versées n'ont été comptés qu'à partir du 31 décembre de chaque année, tandis qu'en réalité ces sommes, étant versées dans le courant de l'année, produisent un intérêt variant de 1 à 10 mois.

M. Bougon retire sa proposition.

Le secrétaire général lit son rapport.

Messieurs et chers Confrères,

Notre Société étant en pleine prospérité, le rapport de votre secrétaire général est nécessairement court. C'est par les chiffres que l'on prouve la vitalité d'une société comme la nôtre, et je laisse ce soin à notre cher trésorier : il trouvera dans la lecture de nos encaissements et dans les applaudissements qui, j'en suis convaincu, la suivront, la juste récompense du travail considérable, qu'il veut bien fournir, dans l'intérêt de notre caisse, avec le plus profond désintéressement.

Mon rôle consiste, aussi bien aujourd'hui, que pendant le cours de l'année, à développer les points des statuts, qui peuvent embarrasser soit le médecin, qui doit entrer dans notre association, soit celui, qui y est déjà affilié.

C'est sur les lettres qui me sont adressées, que portent naturellement l'explication des statuts. Malgré la publication des comptes rendus annuels, malgré le grand nombre de questions qui ont été traitées, bien souvent les mêmes demandes se reproduisent : force est donc d'y répondre, quitte à se répéter dans les solutions à donner. Cette année les réponses peuvent se résumer ainsi :

1° Un principe domine toute notre association, je dirai toute son existence. Ce principe, qui a été la base de tous les calculs est celui-ci : nul ne peut toucher une retraite quelconque, s'il n'a versé pendant 10 ans régulièrement ses cotisations, et s'il n'a soixante ans d'âge.

De ce principe découlent toutes les situations, qui peuvent se présenter pour l'adhérent.

Toutes les combinaisons, en échelle ascendante ou descendante, ne doivent pas avoir d'autres tarifs que ceux indiqués par les statuts, c'est-à-dire 1/2 part, 1 part, 1 part 1/2, 2, 2 1/2, 3, 3 1/2 et 4.

Ainsi, plusieurs confrères m'écrivent pour me demander combien il faudrait verser de prime annuelle pour avoir une retraite de 300 fr., 400 fr., 450 fr., etc. La question ainsi posée n'est pas possible à résoudre : il faut choisir d'abord le tableau, que l'on désire ; puis le nombre de parts que l'on veut : le chiffre de la pension en découle et ce n'est pas, au contraire, ce dernier qui fait la loi.

Messieurs, notre caisse devient de plus en plus nécessaire : depuis 25 ans, grâce au concours de médecins dévoués, les associations médicales de prévoyance se sont développées : elles doivent s'appuyer l'une sur l'autre, et se rendre des services mutuels : les adhérents de l'une doivent montrer les bénéfices que l'on retire en s'assurant en même temps à une autre : c'est ainsi que, j'en suis convaincu, l'*Association amicale* fondée par le Concours médical, nous a procuré de nouveaux adhérents et peut-être réciproquement.

Chacune dit au médecin : la profession médicale devient bien dure et peu rémunératrice ; prenez vos précautions pour le présent et pour l'avenir.

Si vous voulez vous assurer contre la maladie, vous avez l'*association amicale* ; si vous voulez vous conserver un morceau de pain pour vos vieux jours, venez frapper à la porte de la *caisse des pensions*. Si, enfin, vous tenez à ce que votre veuve, vos enfants, ne restent pas, après vous, dans le dénuement, vous avez la *caisse des veuves et orphelins* créée récemment par le Concours médical: à côté de ces associations de droit, vous trouvez les associations de bienfaisance. Le médecin n'est donc plus isolé et toutes ces œuvres de confraternité médicale cherchent, à l'envi, à réparer le tort, hélas ! immense, que les sociétés civiles de même ordre et d'autres causes font au corps médical.

Nous avons même bien des préjugés à vaincre, bien des idées erronées à détruire, c'est en prêchant d'exemple que nous arriverons, petit à petit, à retirer le médecin de son isolement, à lui montrer le bénéfice de l'association sous toutes ses formes et ces associations de prévoyance comme le seul remède à la triste situation actuelle.

Le trésorier lit son rapport annuel :

RAPPORT DE M. LE Dr VERDALLE, TRÉSORIER.

« MESSIEURS,

« Voici la treizième année, que j'ai l'honneur de vous lire mon rapport sur la situation financière de la Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français, et voici treize ans qu'invariablement je vous dis que tout marche bien, que notre avoir augmente sans cesse, que la situation est prospère et l'avenir assuré.

Au risque de vous fatiguer, je me vois obligé de me répéter cette année encore. Au reste, la vérité brutale, la voici : notre fortune s'élève à 700,000 fr., exactement à 698,620 francs. Dans trois ou quatre ans, nous aurons le premier million.

Donc, l'accroissement de notre fortune se fait sûrement et forcément comme nous l'avions prévu. Nous servons des pensions de retraite déjà pour plus de 15,000 francs. Nous avons constitué un portefeuille avec des valeurs de tout repos. Notre *Caisse de Réserve* assure le paiement des retraites pour un temps indéfini. Encore une fois, tout marche à souhait. Mais...

Est-ce à dire que notre œuvre soit immuable et intangible, qu'il ne faille pas y apporter des modifications, dont l'expérience nous démontrerait l'utilité. J'aurai l'honneur, Messieurs, de vous soumettre quelques considérations à ce sujet, et j'espère vous convaincre qu'il est prudent de ne pas s'endormir sur les positions conquises.

Comme toutes les choses humaines, notre institution subit les contre-coups, les influences des événements, de l'imprévu, de la vie enfin, et la vie c'est la lutte continue, et la lutte armée.

Mais auparavant, Messieurs, je vais vous présenter le rapport financier sur l'exercice 1896.

Comme tous les ans, votre Trésorier, qui veut bien mettre au service de l'œuvre son temps et son dévouement, mais décline toute compétence en matière de haute comptabilité, a appelé à son aide, pour dresser le bilan et les comptes généraux, un homme de l'art.

Comme tous les ans, c'est mon ami M. J. Florigni, l'un des administrateurs des imprimeries de *la Gironde* et de *la Petite Gironde*, et qui est chargé de la comptabilité de cette importante maison, c'est M. Florigni qui a bien voulu, sur ma demande, se livrer à ce travail.

Vous associerez certainement, Messieurs, vos remerciements aux miens et vous adresserez avec moi à M. Florigni l'expression de notre reconnaissance. Il a vu naître notre œuvre, m'a aidé, dans les débuts, à mettre nos chiffres sur pied ; dans le courant de l'année ses conseils me sont souvent fort utiles et il met toujours à me les donner la plus extrême obligeance. Je saisis avec empressement l'occasion de lui en exprimer, au nom de notre œuvre, toute ma gratitude.

Rapport sur l'exercice 1896 présenté à la séance du 25 avril 1897.

MESSIEURS,

Chargé par votre Trésorier, M. Verdalle, de dresser le bilan au 31 décembre 1896, ainsi que les comptes de l'exercice 1896, j'ai l'honneur de vous présenter le rapport suivant.

Voici tout d'abord le bilan au 31 décembre dernier :

Bilan au 31 décembre 1896.

	ACTIF	PASSIF
Caisse...............F.	23.513 50	
Caisse auxiliaire........		6.997 61
Oblig. communales 1879	9.633 »	
Oblig. Midi............	143.620 »	
3 % amortissable......	154.644 »	
Oblig. foncières 1883...	46.700 »	
Oblig. communales 1892	25.515 »	
Oblig. Orléans.........	48.500 »	
Oblig. foncières 1879...	10.040 »	
Oblig. P.-L.-M.........	55.575 »	
Oblig. ville de Paris 1896	19.500 »	
3 %....................	61.980 »	
Oblig. de l'Est.........	23.812 50	
Capital inaliénable.....		508.477 09
Caisse de réserve......		107.558 30
TOTAUX.....F.	623.033 »	623.033 »

Ce bilan accuse un actif de....F.	623.033 »
soit sur celui du 31 décembre 1895, qui était de........................	569.179 96
un excédent de........F.	53.853 04

Cette somme de 53,853 fr. 04 représente le net des recettes de l'exercice de l'année 1896, c'est à dire les recettes moins les dépenses.

Voici le détail de ces recettes et de ces dépenses :

Recettes.

Cotisations encaissées en 1896...F.	43.419 »
Intérêts sur fonds d'Etat français et coupons d'obligations diverses...	17.058 28
Plus-value sur valeur en portefeuille au 31 décembre 1896..............	9.211 »
TOTAL...........F.	69.688 28

Dépenses.

Frais généraux......F.	1,466 34	
Moins-value sur 50 obligations de la ville de Paris 1896............	50 »	
Retraites payées.......	14.318 90	
		15.835 24
Egal au net des recettes..F.		53.853 04

Voici maintenant le compte des profits et pertes.

Profits et pertes.

AVOIR :

Par coupons et intérêts encaissés :

Oblig.communales 1879 F.	260 18	
Oblig. Midi.............	4.320 »	
3 % amortissable.......	4.560 »	
Oblig. foncières 1883....	1.440 »	
Oblig. communales 1892.	768 »	
Oblig. Orléans.........	1.440 »	
Oblig. foncières 1879....	274 10	
Oblig. P.-L.-M.........	1.475 »	
3 %...................	1.800 »	
Oblig. de l'Est.........	720 »	
		17.058 28

Plus-value sur les valeurs du portefeuille :

19 oblig. commun. 1879 F.	142 50	
220 obl. Midi anciennes 40 obl. Midi anciennes. 40 obl. Midi nouvelles..	2.861 25	
4.560 fr. rente 3 % amortissable.............	957 25	
100 obl. foncières 1883...	900 »	
50 oblig. communales 1892.................	102 50	
100 oblig. Orléans.......	1.175 »	
20 oblig. foncières 1879..	220 »	
115 oblig. P.-L.-M......	950 »	
1.800 fr. rente 3 %.......	1.290 »	
50 oblig. de l'Est.......	612 50	
		9.211 »
Caisse des Pensions (partie disponible, différence entre cotisations reçues et pensions payés)........		29.100 10
Total..........F.		55.369 38

Doit.

A frais généraux................F.		1.466 34
Oblig. ville de Paris (moins-value)..		50 »
A caisse auxiliaire.................		604 77
Excédent disponible des recettes...		53.248 27
Somme répartie, savoir :		
25 % au capital inaliénable.................F.	13.312 07	
75 % à la Caisse de réserve.................	39.936 20	
Egal à l'excédent des recettes................	53.248 27	
Total............F.		55.369 38

Sans qu'il soit nécessaire d'insister ici sur les chiffres portés dans notre livre des inventaires, il peut être intéressant de rapprocher les résultats des opérations des deux années 1895 et 1896.

Les cotisations qui s'étaient élevées en 1895 à.................	44.355 05
y compris un don de 200 francs, ont atteint en 1896.....................	43.419 »
Soit en moins.............	936 05

Il a suffi de quelques cotisations en retard pour établir cette différence.

Les intérêts sur fonds d'Etat français et les coupons sur obligations diverses encaissés ont figuré aux recettes de 1895 pour....	15.888 30
1896 accuse.........................	17.058 28
ou.........................	1.169 98

de plus, soit l'intérêt des valeurs acquises à la fin de 1895 et au commencement de 1896.

La plus-value sur les titres en portefeuille est venue en 1896 grossir le crédit des profits et pertes d'une somme de................	9.211 »
dont on doit déduire............... pour la baisse sur les obligations de la ville de Paris 1896.	50 »
Il reste....................	9.161 »

un chiffre qui témoigne du choix fait par le Comité dans les achats de valeurs faits jusqu'à ce jour.

Cependant l'exercice 1895 avait donné, par suite de la baisse sur la plus grande partie des valeurs, un résultat bien différent.

En effet, nous avons eu à passer, en 1895, des moins-values pour................	2 342 60
moins les plus-values pour.........	675 »
ou.........................	1.667 60

qui ont diminué d'autant le résultat général de l'exercice.

Le portefeuille, vous le voyez, s'est relevé.

La situation de ce portefeuille est celle-ci au 31 décembre 1895 :

Fonds d'Etats français :
4,590 fr. rente 3 % amortissable ;
1,800 fr. rente 3 %.

Obligations diverses :
19 oblig. communales 1879 ;
260 oblig. Midi ;
100 oblig. foncières 1883 ;
50 oblig. communales 1892 ;
100 oblig. Orléans ;
20 oblig. foncières 1879 ;
115 oblig. P.-L.-M. ;
50 oblig. de l'Est.

Ensemble pour une somme de.............................F.	559.689 46
Les valeurs acquises en 1896 : 40 oblig. du Midi ; 50 oblig. de la ville de Paris 1896, et les plus-values ont porté le chiffre du portefeuille à	599.519 50
Soit une différence en faveur de 1896 de...........................	39.830 04

Cet excédent aurait certes pu être encore plus élevé si, à la fin de l'exercice 1896, le choix de valeurs à acheter avec l'argent en caisse à ce moment avait été fait. Nous avions, en effet, dans la caisse, le 31 décembre 1896, 25,513 fr. 50.

Le placement de cet argent sera fait en 1897 et notre prochain rapport en fera mention.

Nos dépenses ne comprennent que deux chapitres :

Retraites payées ;

Frais généraux.

Les retraites payées ont été les suivantes :

Retraites.

Retraités en 1896 :			
MM.	L................	600 »	
	H................	1.200 »	
	L................	600 »	
	R................	109 50	
	V................	1.200 »	
	B................	244 »	
	C................	195 »	
	G................	260 »	
	B................	600 »	
Mmes	B................	600 »	
	C................	1.200 »	
MM.	B................	1.200 »	
	L................	1.246 »	
	G................	464 40	
	H................	836 »	
	C................	1.200 »	
	G................	1.200 »	
	B................	1.200 »	
	C................	248 »	
			14.402 90
Retraités en 1897 :			
MM.	D................	235 »	
	L................	758 »	
			993 »
	Total................		15.395 90

Les frais généraux, bien modestes, comme toujours, atteignent 1,499 fr. 45, et encore faut-il comprendre dans ce chiffre les 1,200 francs alloués à votre Trésorier, 1,200 francs, dont il fait emploi au profit du personnel qu'il occupe.

Tel est, Messieurs, le résultat du travail, auquel je me suis livré sur la prière de votre Trésorier. Tous ces tableaux, dressés suivant les règles de la comptabilité, vous donneront, je l'espère, une idée exacte de la situation prospère où se trouve aujourd'hui votre Société.

J. Florigni.

Je vous ai promis, Messieurs, à la suite du rapport financier quelques considérations. Les voici.

Une question très importante s'impose tout d'abord à nos réflexions : celle du placement des fonds.

Lors de la création de la Caisse, l'intérêt des valeurs était très supérieur à ce qu'il est aujourd'hui, et en se restreignant même aux valeurs les plus chères, c'est à dire les plus solides, on pouvait à cette époque capitaliser à plus de 4 %. Aujourd'hui, nous n'atteignons pas même 3.

Aussi, qu'est-il arrivé ?

Voyant nos revenus diminuer, et par conséquent notre avenir menacé, nous avons été obligés, à l'exemple des Compagnies d'assurances, d'augmenter le taux de nos cotisations, mais ce au grand détriment de l'œuvre elle-même qui se recrute plus difficilement. Or, il faut, il est de toute nécessité, que de nouveaux membres nous arrivent et nous apportent des éléments nouveaux. Plus la cotisation sera élevée, plus le recrutement sera difficile. Première cause ou menace d'affaiblissement.

Les valeurs du portefeuille ne nous donnent pas, je viens de le dire, les revenus sur lesquels nous étions en droit de compter.

Ce portefeuille qui vaut 600,000 francs devrait nous donner 30,000 francs à 5 %, 24,000 à 4 %. Il n'a donné, en 1896, que 17,058 fr. 58 ; pas même du 3 %. C'est encore là une menace pour l'avenir, d'autant plus sérieuse, même, que ce revenu peut encore aller en diminuant.

Les impôts nouveaux, présents et futurs, s'attaquent encore ou viendront s'attaquer à nos revenus pour les affaiblir sans cesse.

Eh bien ! Messieurs, il y a lieu, je crois, d'étudier sérieusement ce point et de chercher si nous ne pourrions pas nous défendre.

Pour y arriver, deux moyens s'offrent à nous : ou permettre à votre Comité-Directeur d'acheter des valeurs plus rémunératrices ou chercher une autre nature de placements.

Nos statuts, très sages, mais un peu trop étroits peut-être, ne nous permettent que l'achat de fonds d'État français, d'obligations de chemins de fer ou de villes françaises et garanties par l'État. Cette limitation est peut-être excessive, et tout en gardant une très prudente réserve, on pourrait peut-être élargir un peu le cadre de notre choix.

Et puis alors, une grosse question s'impose, beaucoup plus haute. Notre Caisse est assez riche maintenant pour nous permettre d'acheter autre chose que des valeurs de bourse. De beaux et bons immeubles, de solides hypothèques, voilà des placements, Messieurs, qui augmenteraient sensiblement le taux de nos revenus.

Mais, pour cela, il faudrait être reconnu d'utilité publique.

Eh bien ! pourquoi pas, si cela se peut, du moins.

La reconnaissance d'utilité publique offrirait ce double avantage : de nous permettre d'acheter des immeubles ou de placer sur hypothèque d'abord, puis de recueillir des dons et legs mobiliers et immobiliers ; qui sait ? Enfin, d'ester en justice. Sur ce point, j'espère, Messieurs, que nous n'aurons pas à user jamais de cette extrémité.

J'appelle votre plus sérieuse attention sur ces deux points : élasticité plus grande pour l'achat des valeurs, possibilité de placer en immeubles ou en hypothèques.

Une Commission pourrait être nommée pour étudier la question de la reconnaissance d'utilité publique, ou vous pourriez en charger votre Comité-Directeur.

Quelques mots sur les divers comptes du bilan.

Nos diverses Caisses ont subi les modifications suivantes en 1896 :

Caisse inaliénable.

Compte créditeur au 1er janvier 1896 de....F.	495.165 02	
A reçu au 31 décembre 1896 les 25 % qui lui sont attribués par l'article 21 des statuts sur la portion disponible des recettes ordinaires de 1896, soit sur 53.248.27.	13.312 07	
Le capital inaliénable est créditeur au 31 décembre 1896 de........		508.477 09
A reporter......F.		508.477 09

Caisse de réserve.

Compte créditeur au 1er janvier 1896 de......	67.622 10	
A reçu au 31 décembre 1896 les 75 % qui lui sont attribués par l'article 21 des statuts sur la portion disponible des recettes ordinaires de 1896, soit sur 53.248 27....	39.936 20	
Le compte Caisse de réserve est créditeur au 31 décembre 1896 de....		107.558 30

Cette réserve, qui va grossir très rapidement, servira à assurer le service des pensions.

Caisse auxiliaire.

Compte créditeur au 1er janvier 1896 de.. ...		6.392 84	
A reçu au 31 décembre 1896 :			
1 % sur cotisations encaissées en 1896	434 19		
1 % sur intérêts encaissés en 1896	170 58.		
		604 77	
Le compte Caisse auxiliaire est créditeur au 31 décembre 1896 de :			6.997 61
Ensemble.....F.			623.033 »

Retraites. — Cette année, nous n'avons que deux nouveaux retraités : M. D..., pour 235 fr. ; M. L..., pour 758 francs.

Dans sa séance d'hier, le Comité-Directeur a décidé de continuer le paiement de toutes les retraites déjà acquises, au même taux que précédemment.

J'ai terminé, Messieurs, ce rapport, peut-être un peu long.

Permettez à votre Trésorier, avant de poser sa plume, de vous remercier pour les nombreuses marques de sympathie que vous lui avez souvent témoignées et de vous assurer à nouveau de tout son dévouement.»

Des applaudissements suivent la lecture de ce rapport, et M. le président remercie le trésorier, au nom de tous les adhérents, de son dévouement aux intérêts de la caisse.

Lecture est donnée des membres adhérents ayant droit à une pension en 1897. Le montant de chacune de ces pensions et le droit à cette pension ont été vérifiés par le comité directeur et le comité des censeurs.

MM. L.................	600 »
H.................	1.200 »
L.................	600 »
de R............	109 50
V.................	1.200 »
B.................	244 »
C.................	195 »
G.................	260 »
B.................	600 »
Mme B.................	600 »
Mme C.................	1.200 »
B.................	1.200 »
L.................	1.246 »
G.........	464 40
H.................	1.836 »
Ch.......	1.200 »
G.................	1.200 »
C.................	248 »
D.................	235 »
L.................	758 »
	14.195.90

Dans l'année, une extinction de pension s'est produite, 200 fr. par suite de décès du Dr B.

Ces pensions mises aux voix, sont adoptées.

Le secrétaire général fait part, à l'Assemblée, des diverses propositions, qui ont été soumises au comité directeur et étudiées par le comité.

M. le Dr B. demande la liquidation de sa pension : il a payé 12 cotisations, mais n'a pas 60 ans d'âge et n'est pas dans une incapacité absolue de continuer la profession. Le Conseil propose : 1° de ne pas accepter la demande de l'adhérent, qui est contraire aux statuts ; 2° d'engager le sociétaire à arrêter ses paiements et à 60 ans, il touchera une retraite proportionnelle aux sommes versées. (Adopté.)

La pension du Dr H. qui est toujours dans l'incapacité d'exercer la profession, est réglée définitivement à 697/1000 soit 836 fr. 40. Cette somme sera prise annuellement sur la caisse auxiliaire, plus le paiement de la cotisation : ce qui permettra à M. H., s'il revient à la santé, de continuer le versement de ses primes et d'affirmer ainsi son droit à la retraite à 60 ans d'âge. (Adopté.)

M. le Dr D., qui est entré à 54 ans (tarif C) a sa pension liquidée pour une première part de 100 fr. à 235 fr. Il doit continuer à verser 100 fr. par an, pour la seconde part, jusqu'à ce qu'il ait effectué dix versements dans cette nouvelle combinaison. Cette année il touchera (235 fr. et l'année prochaine 235 + 248 = 483 fr. Adopté.)

M. le Dr C., qui avait reçu l'année dernière une retraite de 1.200 fr., bien que n'ayant que 59 ans, par suite d'incapacité de continuer la profession, ayant 60 ans actuellement, touchera cette année la retraite, qui lui est due et cette somme au lieu d'être prise, comme en 1896, sur la caisse auxiliaire, sera soldée dorénavant par la caisse principale. (Adopté.)

M. le Dr F. fait une proposition de versement d'une somme de 20 fr. pour maintenir ses droits et prendre date. Cette combinaison est antistatutaire. Cet adhérent étant à l'ancien tarif ne peut pas faire de versement moindre de 50 fr. (Adopté.)

Le secrétaire général lit les noms des nouveaux adhérents, depuis la dernière Assemblée générale, avec les sommes qu'ils auront à verser comme prime, sommes vérifiées par le Comité. Les nouveaux adhérents sont reçus par l'Assemblée, comme membres participants.

Le Comité des censeurs présidé par M. le Dr de Ranse, s'était réuni le 25 avril avant l'Assemblée générale. M. Sutils, secrétaire, lit le rapport suivant :

Le Comité des censeurs, après avoir pris connaissance du compte-rendu de M. le Trésorier, de toutes les pièces de la comptabilité et avoir eu sous les yeux tous les titres composant le portefeuille de la caisse, constate la parfaite

régularité des opérations et l'exactitude de la situation de la caisse.

Les fonds étant nominatifs, ne sont pas déposés à la Banque ; il y a donc lieu de modifier la décision du Conseil des censeurs de l'année 1896, par laquelle, le trésorier était autorisé à représenter simplement au Conseil le récepissé de la Banque ; ces titres seront donc présentés à chaque réunion.

Le Comité vote des remerciements au Dr Verdalle pour son dévouement à l'œuvre.

Le procès-verbal est adopté par l'Assemblée.

Le Président met aux voix les propositions faites par le trésorier dans son rapport.

L'Assemblée décide qu'il sera nommé une Commission, ayant pour but d'obtenir la reconnaissance d'utilité publique.

L'Assemblée décide de placer les fonds disponibles en obligations de la banque hypothécaire de France.

Le Dr Cézilly, vice-président de la caisse, demande, s'il serait possible de publier le bilan un mois environ avant l'Assemblée, pour que les adhérents qui ne peuvent assister à l'Assemblée générale aient la possibilité de formuler leurs observations.

Comme les comptes sont arrêtés le 31 décembre, il est décidé que le trésorier enverra au secrétaire général le bilan, de telle sorte que ce dernier puisse être inséré dans la circulaire de convocation, envoyée, chaque année, à tous les adhérents pour l'assemblée générale.

La séance est levée, l'ordre du jour étant épuisé, et aucun membre présent ne soumettant de proposition.

Le Secrétaire général, DELEFOSSE. — *Le Président,* LANDE.

LA SEMAINE MÉDICALE

La nicotine.

La nicotine est l'alcaloïde du tabac, de la famille des solanées. Elle s'y trouve en proportions très variables, suivant les espèces ; depuis 8 % dans le tabac du Lot, jusqu'à moins de 2 % dans le Havane.

« La nicotine est un poison violent, dont une seule goutte, sur la langue d'un chat, le tue en quelques minutes.

« L'action locale est irritante et même caustique, d'après Stass.

« L'action générale est une excitation puissante des centres nerveux et de la moelle. (*Revue des alcaloïdes.*)

« Le système musculaire est le premier qui traduise l'action du poison ; les animaux en expérience sont la proie de convulsions violentes et de tremblements de tout le corps, la respiration est embarrassée et le thorax animé de mouvements désordonnés. En même temps, les battements du cœur sont accélérés. Ces phénomènes tiennent, d'après Vulpian, à un état convulsif spécial, caractérisé par des contractions irrégulières, disséminées dans tout le système musculaire.

« A cette période d'excitation, succède une période de calme, due à une paralysie généralisée, pendant laquelle la mort survient, si la dose a été suffisante.

« En somme, ce qui domine, dans ce tableau symptomatologique, c'est la contracture tétanique du système musculaire, à la première phase d'action et la paralysie ensuite.

« La respiration est, fortement influencée par la nicotine, qui l'accélère et en augmente l'énergie ; malgré cela, les phénomènes chimiques de la respiration sont entravés.

« La nicotine agit également sur le cœur, en excitant ses battements, qui deviennent tumultueux, sur les gros vaisseaux qu'elle contracte et sur les capillaires qu'elle resserre.

« Les sécrétions salivaires et intestinales sont augmentées, celle de l'urine n'est pas modifiée.

« L'ensemble symptomatique, que nous venons de signaler dure peu, et, si la mort ne le termine pas, ils s'amendent vite, parce que, la nicotine, étant un principe volatilisable, s'élimine vite.

« A doses moins élevées, les phénomènes sont très sensiblement différents. Son action se traduit par des vertiges, de la céphalalgie, avec pâleur de la face, nausées, vomissements, sensations de défaillance, douleurs épigastriques, diarrhée ; le front et les mains sont le siège de sueurs froides. En même temps, il se produit une faiblesse extraordinaire avec relâchement des muscles, tremblement des membres, anxiété, tendances syncopales, affaiblissement de la vue et confusion des idées. En même temps, on constate une notable diminution de la sensibilité tactile. Le vomissement calme rarement ces manifestations, qui disparaissent seulement, en général, après une ou plusieurs selles diarrhéiques.

« C'est en somme, ce qui se produit chez le fumeur novice, chez certaines personnes, qui ne peuvent jamais complètement s'habituer à fumer, et aussi, les accidents, qui se produisent assez souvent chez les ouvriers, nouveaux employés, dans les manipulations du tabac.

« L'accoutumance arrive généralement assez vite ; mais, il y a un certain nombre de personnes, chez qui elle n'existe jamais.

« L'accoutumance, du reste, n'a pas pour résultat de rendre l'économie réfractaire aux effets de la nicotine. Son usage prolongé, au contraire, détermine toute une série de troubles de la digestion et de la crase sanguine, des névroses multiples, l'intermittence du cœur, la cachexie de l'individu et la déchéance de la race.

« En outre de ces désordres généraux, la nicotine peut être, à bon droit, accusée d'être la cause la plus fréquente du cancroïde des lèvres et du cancer de la langue, puisque, pour le cancroïde, on ne le constate presque jamais chez la femme et que le cancer de la langue s'appelle, à bon droit, cancer des fumeurs. Il est également logique de rendre la nicotine responsable du développement d'un certain nombre de cancers de l'estomac.

« De nombreux observateurs accusent également la nicotine d'occasionner des paralysies, des troubles de la vue et même la cécité complète. » Avis aux fumeurs.

Le traitement de l'ataxie locomotrice par l'élongation vraie de la moelle épinière.

MM. *Gilles de la Tourette et A. Chipault* ont présenté à l'Académie de médecine les résultats de

leurs études sur les moyens les moins dangereux de pratiquer l'élongation de la moelle épinière, chez les ataxiques.

Tandis que la suspension du rachis ne produit qu'une élongation insignifiante de la moelle, disent-ils sa flexion, sur un sujet assis les jambes étendues, produit une élongation de cet organe de près de 1 centimètre, portant presque toute son action sur ses parties postérieures, au niveau des premières paires lombaires.

Ces faits constatés, il ne restait plus qu'à en tenter l'application à la thérapeutique de l'ataxie locomotrice.

Avec des précautions et un appareil spécial, aucun accident n'est à redouter, la respiration se fait librement, la circulation n'est en aucune façon gênée, à l'inverse de ce qui se produit généralement dans la suspension.

Les recherches de ces auteurs, à l'aide de leur appareil, ont porté sur deux groupes de sujets.

Ils ont d'abord expérimenté sur 10 individus valides, qui ont bien voulu se prêter à leur investigations, de façon à leur permettre de se rendre un compte exact des sensations éprouvées et de préciser ainsi la technique de l'intervention.

Ils ont ensuite opéré sur 47 ataxiques : 39 hommes et 8 femmes.

Disons, dès l'abord, qu'ils n'ont pas soumis indistinctement tous les ataxiques qui se présentaient, à la flexion rachidienne, mais seulement les ataxiques parvenus à la deuxième période de leur mal, en voie d'incoordination, chez lesquels l'affection se révèle par son luxe habituel de symptômes : crises de douleurs fulgurantes dans les membres, crises viscérales, anesthésies variées, troubles génitaux et vésicaux : si l'on n'intervient pas, les sujets de cette catégorie sont fatalement voués à une évolution progressive et assez rapide de leur mal : chez ces ataxiques, de tous les plus nombreux, la flexion du rachis constitue, à n'en pas douter, la méthode thérapeutique la meilleure, bien supérieure, en particulier, à toutes les autres méthodes mécaniques.

Les observations le démontrent péremptoirement.

En effet, 22 de malades, soit près de la moitié, ont été améliorés suivant la presque totalité des symptômes de leur maladie. Cette amélioration a porté, en premier lieu et surtout, sur l'ensemble des phénomènes douloureux : crises à caractère fulgurant, troubles de sensibilité. En second lieu, les malades ont retiré un grand bénéfice de la méthode par rapport aux troubles urinaires, la rétention en particulier : l'incontinence a été moins favorablement influencée, sans que l'on puisse en donner une interprétation suffisante.

A côté de ces 22 cas où le résultat a porté d'une façon générale sur la totalité des symptômes de l'affection, 15 autres en ont retiré des bénéfices analogues, mais plus restreints et limités à quelques-uns seulement de ces symptômes.

10 malades seulement n'ont retiré de la flexion rachidienne aucune amélioration. Cette proportion est d'un quart à peine, au lieu du pourcentage de 33 à 40 insuccès pour 100 établi dans la notre première statistique portant sur 100 cas de tabes, traités par la suspension, dans le service du professeur Charcot à la Salpêtrière.

On peut conclure en disant que, forts d'une expérience de plus de quatre ans, MM. Gilles de la Tourette et Chipault considèrent la flexion rachidienne, seul moyen d'obtenir l'élongation vraie de la moelle, comme exempte des dangers de la suspension et comme permettant d'obtenir, chez les ataxiques, un bénéfice thérapeutique que l'on peut sans hésitation estimer au double de celui, déjà satisfaisant, que procurait cette importante technique.

La pratique du sport vélocipédique.

M. le Dr *Mirovitch*, se plaçant au point de vue de l'hygiène oculaire, donne les conseils suivants aux amateurs de cyclisme :

Avant de s'adonner au sport vélocipédique, il est absolument nécessaire de se faire examiner attentivement les yeux.

S'il existe des affections inflammatoires de l'œil, de n'importe quelle nature, il faut s'abstenir complètement d'exercices vélocipédiques, jusqu'à guérison définitive.

En cas d'anomalies de la réfraction, il est indispensable de les corriger.

Les myopes doivent s'abstenir de faire des courses exagérées, s'ils ne veulent pas voir leur vue s'affaiblir davantage et être atteints d'hémorragie rétinienne, etc.

Autant que possible, les vélocipédistes, doivent avoir la position droite sur leur machine.

Comme précautions hygiéniques, il convient de se laver les yeux, ou mieux encore, de prendre des douches d'eau boriquée, ou d'eau phéniquée à faible dose, avant et après la course.

Et enfin, il conviendrait de pratiquer la vélocipédie avec modération. Les épreuves habituelles de 100 kilomètres, en trois ou quatre heures, doivent être regardées comme nuisibles à l'activité du cœur et surtout aux yeux, et par conséquent proscrites. Ne jamais prolonger les courses à grande vitesse au delà d'une heure.

Réglementation américaine contre les crachats et les cracheurs.

La *Médecine moderne* publie un très curieux arrêté, promulgué par le conseil de santé du village de Saranac (New-York) contre les crachats et les cracheurs :

« Attendu que les matières expectorées par les personnes atteintes d'une maladie quelconque des voies respiratoires, poumons, gorge, bouche, et nez, contiennent des germes capables de transmettre la même maladie aux autres personnes.

« Le Conseil de santé du village de Saranac Lake déclare expressément que le rejet au hasard de ces matières, dans des endroits où la maladie pourrait être communiquée aux personnes saines, est un danger pour la santé publique et pour ce motif, adopte les prescriptions suivantes :

« Art. Ier. — A toute personne, qui expectore en raison de quelque maladie des voies respiratoires, il est formellement interdit de cracher sur le parquet des maisons, églises, écoles, magasins, dans les promenades, ou dans tout

autre autre endroit où les matières expectorées pourraient transmettre la maladie.

« Art. II.— Toute personne, qui transgressera le premier article de cette ordonnance, sera passible d'une amende n'excédant pas 5 dollars (25 francs) pour une infraction, et 25 dollars pour une infraction ultérieure.

« *Nota.* — Les hôtels, auberges et maisons meublées devront être munis de crachoirs pour l'usage de leurs hôtes. Les crachoirs devront être désinfectés chaque jour et contenir une certaine quantité d'une solution antiseptique.

« Les personnes, qui auront besoin d'expectorer dans la rue, devront être munies de petites pièces d'étoffe, qui après usage seront conservées et brûlées dans le plus bref délai possible. Des morceaux de papier chinois ou de papier à toilette répondent à ce besoin. Le fait de jeter ces papiers, sans les brûler, après s'en être servi, sera regardé comme une violation de l'ordonnance.

« On ne devra jamais se servir de mouchoirs pour recevoir les matières expectorées. Si on le fait, les mouchoirs devront être bouillis ou lavés dans une solution antiseptique dans le plus bref délai, avant d'être envoyés au blanchissage. »

Fractures de l'olécrane.

D'après M. le Dr Léon *Jalaguier*, les fractures de l'olécrâne sont peu communes, mais assez graves au point de vue de la fonction ultérieure du coude.

Ces fractures sont attribuables le plus souvent à des causes directes (chutes, chocs violents) ou indirectes (contractions musculaires).

Ajoutons, à ces diverses variétés, les fractures produites dans les tentatives de redressement du coude ankylosé, ou de réduction des luxations de cette articulation (Rieffel).

Le mécanisme de la fracture dans ces divers cas est intéressant à étudier. La plupart des auteurs admettent que l'action musculaire y joue un rôle, qui s'ajoute à celui du traumatisme proprement dit. Voici comment Pingaud s'exprime à ce sujet: « L'olécrane, sollicité ou tout « au moins retenu en arrière par la forte con- « traction du triceps à l'instant où le coude ren- « contrant le sol, le poids du corps tend à ployer « l'avant-bras fortement en avant, cède par « double inflexion. Ce qui prouve au surplus « l'intervention de la contraction musculaire « dans la plupart des cas, c'est, entr'autres « conditions de production de la fracture, la né- « cessité d'un certain degré de flexion de l'avant- « bras, sans laquelle le triceps demeurerait im- « puissant. »

Vercoustre, dans sa thèse, pense aussi que le mécanisme de ces fractures est, le plus souvent, fort complexe; il l'explique de la façon suivante: « Le traumatisme produit un écrasement « du tissu spongieux de l'apophyse, et la con- « traction brusque et violente du triceps, agis- « sant au même instant sur l'os écrasé, y déter- « mine un trait de fracture transversal, qui siège « toujours sur la partie moyenne... La meilleure « raison qu'on puisse donner de la vraisem- « blance de ce mécanisme, dont l'explication « est due à Pingaud, c'est que les expériences « sur le cadavre donnent des fractures dont la « direction est très variable, souvent verticale; « tandis que la clinique ne rencontre guère que « des fractures transversales. Cette disposition, « toujours la même, dans la lésion, suppose un « facteur constant, toujours le même dans tous « les cas; et il n'y a que la contraction muscu- « laire, qui remplisse de pareilles conditions. »

Quoi qu'il en soit, les fractures de l'olécrane peuvent ne pas s'accompagner d'écartement des fragments, bien que ce soit la règle.

Quant au traitement, il n'y a pas un traitement unique des fractures de l'olécrane, mais plusieurs, qui trouvent leur indication suivant le cas.

L'immobilisation complète doit être proscrite en quelque position que ce soit.

Sans déplacement, la fracture de l'olécrane sera traitée par le massage (Méthode de Tilanus).

Dans la majorité des cas, il faut recourir à une courte immobilisation en extension, suivie de massage et de mobilisation (Méthodes de Tilanus et Hamilton combinées).

La suture ne sera conseillée que dans le cas de fracture fermée, avec coaptation impossible en extension; dans les cas de fracture ouverte, sans que les fragments soient trop réduits comme volume.

Etiologie de la chorée.

M. le Dr *Legay*, de Paris, a réuni, dans sa thèse, 76 observations de chorée, qui lui permettent, de conclure que la maladie se déclare:

1° Chez les prédisposés par l'hérédité nerveuse;

2° Au moment de la croissance, et en particulier aux périodes de plus grande activité du développement;

3° Au début, dit-il, on trouve presque toujours, sinon toujours, la trace d'une infection récente, ou encore en cours d'évolution. Cette infection est le rhumatisme dans près de la moitié des cas; dans les autres, la cause provocatrice de la chorée est une quelconque des maladies infectieuses de l'enfance, principalement la scarlatine, la rougeole, la grippe, etc.

L'infection, qui provoque la chorée, cause aussi les affections cardiaques, qui surviennent souvent au cours de la maladie.

Les autres causes, qu'il a examinées comme prédisposantes, et déterminantes: sexe, race, climat, saisons, émotions, irritations nerveuses périphériques, intoxications ne sont que des causes adjuvantes, venant aggraver l'effet des trois causes principales: Hérédité, âge, infection.

MÉDECINE PRATIQUE

Tuberculose des voies urinaires.

Les voies urinaires se composent des reins, des uretères, de la vessie et de l'urèthre. Les uretères et l'urèthre n'étant que des conduits de passage, le bacille de Koch ne les envahit pas primitivement; au contraire, les reins et surtout la vessie, sont assez fréquemment atteints par le redoutable mal et, là, encore plus peut-être que partout ailleurs, les ravages produits sont irrémédiables.

La tuberculose du rein et la tuberculose vé-

sicale, sont souvent secondaires à la bacillose pulmonaire ou génitale, mais elles peuvent être chacune séparément primitives, et évoluer même sans se compliquer mutuellement, sans coïncider nécessairement. Tel malade a de la tuberculose vésicale, sans tuberculose rénale ; tel autre a de la tuberculose rénale, sans tuberculose vésicale. Mais, le plus souvent, toutes les voies urinaires s'infectent progressivement.

I.

TUBERCULOSE RÉNALE.

La tuberculose rénale se présente sous deux formes principales : 1° tuberculose miliaire, granulée ; 2° tuberculose chronique.

La première se rencontre de préférence chez l'enfant ; la seconde, chez l'adulte.

Dans la granulie, les reins sont pris symétriquement ; les granulations, qui envahissent surtout la couche corticale, les criblent comme autant de petits grains de plomb. Généralement, les uretères sont respectés.

La tuberculose chronique des reins se présente sous des aspects variés : infiltration nodulaire (entre les tubes de Ferrein), pyélonéphrite tuberculeuse, dégénérescence massive du rein, hydronéphrose tuberculeuse. Ces formes peuvent être isolées ou associées (1).

Les adhérences aux viscères voisins (intestins, veine cave, foie) se produisent parfois, à la suite d'une périnéphrite lipomateuse ou même purulente et tuberculeuse.

L'uretère est tantôt dilaté et élargi, tantôt rétréci par tuméfaction, infiltration et exulcération de sa muqueuse ; le conduit est oblitéré par des bouchons de matières caséeuses.

La vessie et les organes génitaux participent souvent aussi à l'infection tuberculeuse. Quant à l'examen microscopique de l'urine et des fragments épithéliaux qu'elle contient, il est négatif dans la moitié environ des cas. Cependant, l'inoculation, à des animaux, de l'urine et du liquide de l'hydronéphrose, provoque presque dans tous les cas l'infection tuberculeuse du péritoine de ces animaux.

Quelle est maintenant la pathogénie réelle de la tuberculose rénale ? Ascendante suivant Dolbeau, Guyon, Cayla, Tuffier ; la vessie serait prise d'abord ; puis les bacilles remonteraient aux reins par les uretères. Descendante pour Rayer, Cornil, Lécorché, Rokitansky, Brault ; l'inoculation rénale se ferait directement par la voie artérielle, comme tend à le faire supposer la découverte de bacilles de Koch dans les anses glomérulaires et dans la lumière des vaisseaux d'un certain calibre (Durand-Fardel). Quoi qu'il en soit, la tuberculose rénale est assez rare, parce que, dit Tuffier, le rein n'est pas l'organe d'élimination des microorganismes pathogènes. En revanche, l'élimination des poisons du bacille, *tuberculine* et autres, paraît être la véritable origine de la néphrite tuberculeuse, que caractérise une abondante albuminurie au cours d'une tuberculose chronique quelconque.

Symptomatologie. Le début de la tuberculose rénale est habituellement tellement insidieux qu'il est impossible de le reconnaître. Parfois cependant, apparaissent, à ce début, des douleurs lombaires, de la polyurie avec urines transparentes, des hématuries, enfin une brusque décharge de pus (pyurie) sans symptômes prémonitoires. L'albuminurie n'est pas un signe de tuberculose rénale, quand il est isolé : il paraît plutôt dû soit à une néphrite concomitante, soit à une dégénérescence amyloïde des reins. Il est, en résumé, extrêmement rare que la tuberculose rénale puisse être dépistée au début. Disons même plus. « C'est, le plus souvent, une trouvaille d'autopsie qui révèlera la lésion, les symptômes observés pouvant tout aussi bien se rapporter à la lithiase rénale. » (Bonvalot.)

Lorsqu'il y a seulement une infiltration nodulaire ou une granulie rénale, il n'existe aucune augmentation de volume du rein appréciable par l'examen de la région lombaire, à moins que l'uretère ne soit oblitéré par l'infiltration tuberculeuse ; mais, peu à peu, apparaissent des symptômes généraux : inappétence, amaigrissement, fièvre à exacerbations vespérales, sueurs nocturnes, diarrhée abondante.

« Dans les cas de pyélonéphrite, les explorations manuelles permettent de reconnaître assez fréquemment l'augmentation de volume, la mobilité anormale du rein. On trouve, parfois, une saillie multilobée, ou une tumeur rénitente, fluctuante, douloureuse, en certains cas, sensible à la pression. L'uretère peut être suivi dans la moitié inférieure de son trajet, au niveau de la fosse iliaque, sous forme d'un cordon dur, bosselé, volumineux (Le Dentu).

Les malades ressentent habituellement une douleur assez vive, lancinante, gravative, ou un simple engourdissement au niveau de la région lombaire.

Cette douleur fait rarement défaut dans la pyélonéphrite tuberculeuse. Elle affecte souvent une forme intermittente comme dans la pyélonéphrite simple ; elle apparaît par accès revêtant le complexus symptomatique de la colique néphrétique. Cette douleur vive, coïncide avec les périodes de rétention, pendant lesquelles les urines, fournies par le rein du côté opposé, sont claires, limpides. Dès que l'urine devient trouble, purulente, que l'obstacle obstruant l'uretère a été éliminé, la douleur cesse, ainsi que les malaises, les vomissements, l'inappétence qui l'accompagnaient. »

C'est dans les périodes avancées que ces crises s'observent le plus fréquemment ; elles sont dues à l'élimination et à l'expulsion de bouchons caséeux et de calculs phosphatiques.

Chez les femmes, les crises coïncident habituellement avec la menstruation. Parfois, la douleur ne disparaît pas complètement après la crise ; elle persiste, quoique très atténuée, s'irradie vers les cuisses et suivant le trajet de l'uretère et revêt la forme d'un lombago plus ou moins permanent ; les malades affectent, même en marchant, une attitude légèrement courbée.

La polyurie et, surtout, *la pollakiurie* érigées par les Anglais en symptômes caractéristiques de la tuberculose rénale, sont, lorsqu'ils existent, d'une ténacité extrême, et peuvent persister même après la néphrectomie.

L'albuminurie, parfois très abondante, caillebotée, indique plus souvent la dégénérescence amyloïde que la tuberculose rénale.

« *L'hématurie* est fréquente au début, c'est

(1) Dr L. Bonvalot, in Traité de Médecine clinique et thérapeutique. Maloine, 1895.

comme une hémoptysie congestive du rein ; elle est rarement abondante ; ce sont des grumeaux striés de sang et, exceptionnellement, des mictions sanglantes, des caillots de sang. L'urine et le sang sont intimement mélangés. L'hématurie est spontanée, survient sans cause, disparaît de même ; elle est capricieuse dans son apparition et dure généralement cinq à six jours. L'aggravation des lésions la fait plutôt diminuer.

« *La pyurie* est presque constante, les urines sont troubles et restent telles, après leur émission ; elles sont acides. Au repos, elles laissent déposer au fond du vase une purée grisâtre, parsemée de stries sanglantes parfois stratifiées. La partie supérieure est louche, plus ou moins opaque.

Cette pyurie a trois caractères : elle est spontanée, constante, durable (Guyon). On a cependant noté, dans certains cas, des intermittences, mais alors, avec les urines claires, apparaissent les douleurs déjà signalées et qui cessent dès que l'urine redevient trouble. L'examen microscopique révèle parfois des débris de parenchyme rénal, des fibres élastiques, la présence du bacille de Koch. »

La tuberculose rénale suit une marche fatale, progressive, sans qu'aucun traitement puisse l'influencer en quoi que ce soit. Le malade succombe généralement en un an, deux ans, quelquefois même trois ans, aux progrès de la cachexie tuberculeuse où à l'envahissement des organes génitaux. L'évolution de la maladie est plus rapide que dans la tuberculose vésicale.

La fièvre, les troubles digestifs sont de fâcheux indices. C'est la pyélonéphrite avec distension, qui est la plus grave détermination tuberculeuse rénale ; car, en dehors de la cachexie, qui emporte fatalement le malade, il peut survenir des accidents mortels dus à l'urémie, quand les deux reins sont atteints. Parfois, il se développe un abcès périnéphrétique pouvant amener la mort par ouverture dans le péritoine ou dans l'intestin.

Enfin, la propagation des abcès périnéphrétiques tuberculeux, peut amener la carie tuberculeuse des vertèbres voisines (lombaires ou dorsales).

Quelques trouvailles d'autopsie ont prouvé que la tuberculose rénale pouvait guérir par transformation fibreuse ou crétacée.

Pour établir *le diagnostic* de la tuberculose rénale, on doit se baser sur l'existence d'une ou plusieurs hématuries subites, sur l'aspect purulent des urines, sur la présence de dépôts caséeux, de concrétions phosphatiques, sur la cachexie rapide et les troubles gastriques.

Il faudra pour avoir une certitude trouver au microscope des bacilles et pratiquer des inoculations d'épreuve à des cobayes. Quant à se rendre compte si la vessie est atteinte et si elle est plus atteinte que le rein, M. Brissaud croit qu'il suffit de se baser sur l'abondance de l'hématurie et sur son peu de fréquence pour affirmer la non participation de la vessie.

Traitement. Le traitement médical est absolument impuissant dans la tuberculose rénale. Tout au plus, peut-on conseiller d'avoir recours à la chirurgie dans les cas de pyélonéphrite.

La néphrotomie et la néphrectomie par la voie lombaire sont les deux opérations qui, dans quelques cas, ont seules pu procurer quelques mois de survie aux malheureux malades.

Si la vessie est atteinte autant que le rein, ce que l'on pourra diagnostiquer par l'existence de violentes douleurs hypogastriques, par la fréquence des hématuries et par l'examen microscopique des urines, il y aura avantage à faire de préférence, une cystotomie sus-pubienne.

(*A suivre*). Dr Paul Huguenin.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Jugement rendu par le tribunal de commerce de Marmande le 2 avril 1897.

(*Dr de L. contre syndic de la faillite M.*)

Attendu que les privilèges sont de droit étroit.

Qu'ils sont limitativement désignés aux divers paragraphes de l'art. 2101 du code civil.

Que c'est en vertu du § 3 du dit article que de L. demande à être admis à titre privilégié au passif de la faillite M. pour le paiement des soins qu'il a donnés à la fille du failli.

Attendu que ce § ne peut être sujet à interprétation ; qu'il doit par conséquent être appliqué à la lettre.

Que le législateur, quand il a voulu que les dettes contractées par le débiteur à l'occasion des dépenses faites par les membres de sa famille fussent privilégiées, les a taxativement indiquées au § 5 du dit article 2101.

Qu'on ne saurait faire une assimilation du § 2 et du § 3 pour en déduire que, puisque la jurisprudence a interprété le § 2 pour étendre le privilège aux frais funéraires des membres de la famille du débiteur, il doit en être de même du § 3 quant aux frais de la dernière maladie.

Qu'on comprend, en effet, que les termes du § 2 : les frais funéraires, dans leur caractère de généralité, puissent être interprétés, surtout si on invoque les sentiments d'humanité et de décence et que de cette interprétation il soit résulté des décisions accordant le privilège à des dépenses contractées par le débiteur à l'occasion des funérailles des membres de sa famille.

Mais qu'il ne saurait en être de même pour les termes du § 3 : les frais quelconques de la dernière maladie.

Qu'ici en effet, la rédaction n'a plus un caractère général pouvant indifféremment viser la dernière maladie du débiteur ou de l'un quelconque des membres de sa famille ayant immédiatement précédé l'événement donnant ouverture au droit de privilège.

Que les termes précis : dernière maladie ne peuvent se rapporter qu'à une seule maladie, et cette maladie est incontestablement celle du débiteur.

Que, par conséquent, l'interprétation qui a été faite du § 2 n'entraîne pas fatalement la faculté d'interpréter ainsi le § 3.

Que, par suite, il y a lieu de décider que les frais privilégiés sont seulement ceux de la dernière maladie du débiteur lui-même.

Attendu que la nouvelle rédaction du § 3 de l'article 2101, en vigueur depuis la loi du 30 novembre 1892, ne peut en rien modifier son application.

Que cette nouvelle rédaction n'est autre chose qu'une modification et non une interprétation.

Que la modification introduite n'a eu d'autre but que de mettre un terme à la controverse qui se produisait à l'occasion de l'application des dispositions de ce paragraphe.

Que depuis cette loi les frais de la dernière maladie restent privilégiés, quelle qu'ait été la terminaison de cette maladie, ce qui était sujet à contestation avant la dite loi.

Attendu que si le législateur de 1892 avait entendu étendre le privilège aux frais de la dernière maladie de tout autre que le débiteur, il n'aurait pas manqué de le faire par une rédaction ne pouvant donner lieu à aucune contestation.

Attendu que s'il est permis de regretter que la loi soit aussi rigoureuse sur le point soulevé, il n'en est pas moins du devoir des tribunaux de se renfermer dans son esprit et de l'appliquer.

Par ces motifs :

Le tribunal :

déclare de L. mal fondé dans ses conclusions ; l'en déboute.

Le renvoie produire chirographiquement au passif de la faillite M. pour la somme qui peut lui être due par celui-ci pour honoraires.

Le condamne en tous les dépens.

Notre Conseil judiciaire nous adresse à ce sujet les lignes suivantes :

Les motifs sur lesquels les juges consulaires de Marmande ont appuyé la décision rapportée ci-dessus, sont sujets à critique et faciles à réfuter. Mais cette décision ne peut être soumise à la Cour de Cassation, celle-ci n'ayant à juger que la question de forme et d'application de la loi et non la question d'interprétation qui appartenait souverainement aux juges consulaires. Si l'affaire avait pu être portée devant la Cour d'appel, j'aurais conseillé d'interjeter l'appel. Cette voie de recours ne pouvant être suivie, il faut s'incliner. Mais il sera intéressant pour le corps médical de faire juger la question par une Cour d'appel ou par la Cour de cassation, lorsque l'occasion se présentera favorable.

Je profite de cette lettre pour vous dire que le cri d'alarme, poussé l'autre jour par M. le Dr Jeanne, à propos d'un projet de suppression des privilèges spéciaux sur les immeubles, est absolument justifié. Mais j'espère que la réforme radicale proposée par M. Darlan ne sera point votée par les chambres.

Cette abrogation des articles 2104 et 2105 du Code civil va provoquer une levée de boucliers parmi les membres des professions menacées. Députés et Sénateurs n'oseront sans doute pas l'affronter.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, etc.

LORDERAU, avocat.
3, rue Laffitte.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le secret professionnel et les certificats administratifs.

Notre excellent confrère, M. le Dr Gassot, dont nos lecteurs ont lu, au numéro 19, l'article intitulé : *L'indépendance du médecin et les exigences administratives*, semble avoir poussé nos conclusions du *Propos du Jour*, paru au numéro 13, jusqu'à une rigueur qui n'était pas dans notre pensée.

En relisant encore une fois ce que nous disions, nous remarquons que le passage visé par notre ami, manquait un peu de précision et pouvait appeler l'interprétation qu'il lui a donnée.

Il ne nous en coûte donc nullement de revenir sur cet intéressant sujet, pour montrer, qu'au fond, nous sommes bien d'accord.

Il est hors de doute que nous n'avons pas eu la pensée de dire : « *Nous ne donnerons jamais le nom de la maladie.* » Cette pratique n'est celle d'aucun médecin, puisque les conflits sont rares, alors qu'ils seraient journaliers, si elle était appliquée.

Refuser d'écrire qu'un agent est atteint de pneumonie ou de fracture du radius, alors qu'il désire lui-même qu'on le sache, serait faire de l'obstruction enfantine ou de la taquinerie grotesque. Aussi, 95 fois sur 100, nous donnons des certificats de ce genre, sans même songer qu'il soit question de sauvegarder la discrétion professionnelle.

Mais c'est précisément cette évidente bonne volonté qui devrait inspirer à l'Administration le désir de respecter notre silence, quand elle voit que nous disons, sur un certificat, tout ce qui est de nature à la renseigner utilement, sans faire l'aveu écrit d'une maladie, que l'agent a intérêt à ne pas voir divulguée.

Pourquoi raconter qu'un facteur des postes est atteint d'affection vénérienne ? qu'il ait cela ou autre chose, qu'est-ce que cela peut faire à ses chefs ? Une seule chose importe à ceux-ci, c'est de savoir qu'il y aura incapacité de travail de telle durée.

A plus forte raison, irons-nous certifier que telle jeune fille, demoiselle du téléphone, ou préposée au télégraphe, est enceinte de 4 mois, ou souffre de métrite, de salpingite, ou bien encore est tuberculeuse, etc., etc. ?

Non. Nous n'avons pas à satisfaire des curiosités bureaucratiques dont les conséquences nous semblent dangereuses et sans utilité réelle. Puisque l'on veut bien avoir confiance dans notre diagnostic, quand il est formulé par écrit, on doit nous faire aussi l'honneur de respecter nos scrupules, quand la divulgation nous a paru impossible, et que nous donnons d'ailleurs les renseignements qui intéressent le service.

S'il plaît à des chefs de faire au sujet de nos clients, leurs subordonnés, des enquêtes disciplinaires, qu'ils ne nous demandent pas de les y aider. Le rôle de dénonciateur, même involontaire, ne peut jamais appartenir au médecin traitant. Celui-ci n'a qu'un devoir à remplir, c'est de ne pas se faire le complice des *carottiers* que visent les instructions ministérielles. S'il lui plaisait de se soustraire à ce devoir, il lui suffirait de mettre un diagnostic de fantaisie et le tour serait joué. Mais, homme de devoir et de conscience, il trouve plus correct de refuser le certificat à qui n'en a pas besoin, à qui veut commettre un abus.

Lors donc qu'il délivre un certificat, c'est que l'état de l'agent l'exige. Et si le nom de la maladie n'y figure pas, c'est que le médecin avait le devoir de n'en pas faire mention.

En résumé, nous ne croyons pas pouvoir ad-

mettre que le médecin traitant soit tenu d'obéir *toujours* à cette exigence des administrations. Ici, comme ailleurs, il est, en bien des cas, lié, avant tout, par le secret professionnel, même quand l'agent ne se l'imagine pas.

Nous persistons de plus à espérer qu'il se trouvera un jour, peut-être dans le siècle prochain, un ministre qui mettra au panier les circulaires passées, et avertira ses subordonnés que le plus sûr est de s'en rapporter à la conscience du médecin.

On dira, sans doute, que nous avons une foi robuste dans la rectitude d'esprit des futures générations ministérielles.

Et pourquoi pas ? Tout finit par arriver.

H. J.

REPORTAGE MÉDICAL

A la liste, déjà trop longue, des victimes de l'incendie du Bazar de la Charité, que nous avons publiée dans notre dernier numéro, nous avons la douleur de joindre d'autres membres de la famille médicale :

Mmes Adolphe Moreau et Etienne *Moreau-Nélaton*, sœur et nièce de M. Nélaton, chirurgien de Saint-Louis ; Mme Vimont, parente du Dr Vimont, le Dr *Rochet*, boulevard Beaumarchais, qui a succombé comme Feulard ; Mlle Louise Lourmond de Hérédia, nièce du poète et cousine de nos deux confrères, Breucq (de Bayonne) et Despaigne (de Paris) et enfin Mme Bouvier, belle-sœur du Dr Bouvier, de Dreux.

L'association de la Presse médicale, à son dernier dîner, a exprimés es sentiments de condoléance aux parents de toutes les victimes médicales, au nombre de douze et décidé l'envoi d'une couronne au service de la fille d'un de ses membres, le Dr *Lesourd*.

Nous recevons de bonnes nouvelles de Mme Guéneau de Mussy, gravement blessée.

Un service funèbre pour les médecins et les membres des familles de médecins qui ont trouvé la mort dans la catastrophe du bazar de la Charité, sera célébré aujourd'hui samedi à midi, en l'église de la Madeleine.

On sait que sur quatre hommes qui ont trouvé la mort dans la catastrophe, deux étaient médecins, MM. Feulard et Rochet, et que sept femmes étaient filles ou femmes de médecins.

C'est l'Académie de médecine qui a pris l'initiative de cette cérémonie. Le docteur Paul Ducor est chargé d'en régler les détails.

La maîtrise de la paroisse sera complétée par un certain nombre d'artistes de l'Opéra et de l'Opéra-Comique.

— *2e Congrès national d'assistance de Rouen, du 14 au 20 juin* 1897. — Parmi les questions qui seront traitées, dans la 2e section du congrès, il en est une qui ne peut manquer d'intéresser les médecins inspecteurs du service de protection du premier âge.

C'est celle de « l'assistance des nourrissons en cas de maladie. »

Ceux de nos lecteurs qui auraient sur cet important sujet des idées originales et pratiques et *qui ne pourraient pas aller les exposer au Congrès*, sont invités à adresser au docteur E. Toussaint, d'Argenteuil, qui prépare une communication sur la question, tous avis, notes et documents pouvant lui faciliter ce travail.

— *Association de la presse médicale française.* — *Réunion du 7 mai* 1897. — Le 7 mai 1897, a eu lieu le trente-sixième dîner de l'Association de la Presse Médicale, sous la présidence de M. le Dr Ranse. Vingt-cinq personnes y assistaient.

M. le Pr Crouzat (de Toulouse) a été nommé membre titulaire pour la *Revue obstétricale internationale*, et M. le Dr Verneau (de Paris) pour l'*Anthropologie*. — M. Bardet a été nommé rapporteur de la candidature de M. le Dr Morice (*Gazette des Eaux*).

L'assemblée a décidé : qu'une lettre de condoléances serait adressée par le secrétaire général à M. le Dr Lesourd (*Gazette des hôpitaux*) à l'occasion de la perte cruelle qu'il vient d'éprouver en la personne de sa fille, décédée dans l'incendie du Bazar de la Charité et qu'une couronne serait déposée sur le cercueil au nom de l'Association de la Presse médicale.

M. de Ranse a demandé la nomination d'une commission chargée d'étudier l'opportunité de la création d'un *Conseil de Famille de l'Association* ; cette proposition a été admise et la commission se composera de MM. Cornil, président, Lucas-Championnière, Leblond et Marcel Baudouin, secrétaire.

M. Cézilly, syndic sortant, a été réélu par acclamation.

M. A. Rousselet, n'étant pas docteur en médecine, est déclaré ne pas pouvoir faire partie de l'Association. — Le décès de M. le Dr de Saint-Germain laisse une place vacante (*Revue des Maladies de l'Enfance*). — M. Sorel (du Havre) a fourni des détails circonstanciés sur le prochain *Congrès des Jeux olympiques* au Havre ; et M. Chervin a indiqué pourquoi le *Congrès d'hygiène de Madrid*, qui doit commencer le dimanche de Pâques 1898, ne peut pas être avancé malgré les démarches faites par le bureau du Congrès de Médecine de Montpellier.

M. le Dr Baudouin a communiqué tous les renseignements qu'il possède sur le Congrès de Médecine de Moscou et en particulier l'intéressante excursion du Caucase.

Le Secrétaire général,
Marcel Baudouin.

— *Avis aux syndicats.* — D'un jugement du tribunal civil de la Seine en date du 16 juillet 1896, il résulte, puisqu'il n'y a pas eu appel, que les *syndicats* ont capacité pour recevoir des dons et legs, car la loi de 1884 leur a attribué le caractère de personnes civiles ; ils peuvent par ce fait, ester en justice, et acquérir les immeubles nécessaires à leurs réunions ; le texte adopté par le Sénat, en 1882, leur interdisait de recevoir des dons et d'acquérir autrement qu'à titre onéreux ; mais le texte de 1884 adopté, a éliminé cette interdiction ; ils ont un caractère d'utilité publique et n'ont pas besoin d'autorisation, pour recueillir les dons et legs, etc..... Le Conseil d'état a émis l'avis qu'il n'y avait pas lieu à un décret, pour autoriser un syndicat à accepter des dons et legs.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4.183. — M. le docteur Pallardy, de Marennes (Charente-Inférieure), présenté par M. le docteur Cornet, de Marennes.

N° 4.184. — M. le docteur Dupaigne, de Paris, présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Ooer, de Nanterre (Seine), Carion, de Charleville (Ardennes), Bougard, de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne), Champeaux, de Felletin (Creuse), Régent, de Guéméné-Penfao (Loire-Inférieure) et La Saigne, de Tournon (Ardèche), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 21 22 Mai 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La surveillance de l'exercice illégal.

C'est chose décidée : on va surveiller les cliniques et les établissements médicaux, aussi bien que les cabarets de Montmartre.

Seulement, hâtons-nous de signaler à l'Administration un oubli... involontaire, qu'elle est sur le point de commettre.

Il existe à Paris, à Sens, et ailleurs, un grand nombre d'instituts (I), dont elle peut facilement se procurer la liste, et qui exploitent, sans scrupules, la santé, la crédulité, et la bourse de nos concitoyens. D'aucuns prétendent même que les faits et gestes des charlatans, qui dirigent ces industries sont parfaitement connus de la préfecture de police, des Parquets et de toute la hiérarchie judiciaire. On a donc, sous la main, tous les éléments d'une instruction, qui peut être rapidement conduite, quand le gouvernement la confiera à un magistrat bien décidé à faire la lumière et affranchi de toute pression officielle.

Tel ministre de jadis, qui avait un rebouteur pour médecin ordinaire, tel conseiller d'Etat, intime de nos grands maîtres, qui distribue à sa famille la panacée d'un des susdits instituts, tel trésorier-général, dont l'enfant infirme ne fut même pas amélioré par le curé de Sens, aidé des lumières d'hommes diplômés (cas que vise la loi Chevandier), tel député, qui protège ces petits commerces, parce qu'ils font tomber, dans sa circonscription, l'argent escroqué aux naïfs de toutes les régions, seront des témoins assez qualifiés pour qu'un magistrat n'hésite pas longtemps à se faire une opinion.

Si, d'ailleurs, ces hauts fonctionnaires reculaient devant l'aveu de leur sotte crédulité, par crainte du ridicule, il serait facile de faire parler nos syndicats et nos associations médicales. Il n'en est pas une seule de celles-ci, qui ne puisse fournir une dizaine de pistes, au bout desquelles un bon limier judiciaire rencontrera la toile d'araignée tendue par le charlatan, avec les traces des gogos, qui s'y firent dépouiller, et en sortirent un peu plus incurables qu'avant.

Pour l'accomplissement de cette tâche, la justice peut donc compter sur notre concours actif et dévoué : nous ne lui demandons que d'affirmer sa volonté de la mener à bien.

Quelle besogne salutaire on ferait en six mois, si, par une volte-face inespérée, la magistrature passait du côté des médecins, pour combattre les ravages de l'exercice illégal !

Il y aurait là, une source inépuisable d'amendes, capable de combler le déficit du budget, et à laquelle un ministre des finances devrait songer. On y trouverait aussi un bon noyau de gens habiles et audacieux, aptes à coloniser (au besoin à la mode anglaise) Madagascar et le Tonkin.

Seulement, c'est une révolution à faire, dans les habitudes, que de suspecter les gaillards qui font de la médecine sans diplôme. Il a paru plus simple jusqu'ici de surveiller les diplômés, parce qu'on a toujours une bonne presse, quand on poursuit ceux-ci. Tout ce qui porte envie à la situation sociale du médecin, à la considération qu'on ne saurait lui faire perdre, malgré les fautes de quelques-uns, s'attroupe dans les prétoires, quand un de nous est sur la sellette, et approuve *in petto* les dilemmes fantaisistes du ministère public, les bourdes accusatrices de témoins, qui se croient chargés de venger la morale, les bons mots ou les questions alambiquées du président, et enfin les sentences du jury, dont la compétence est indiscutable, n'est-ce pas ?

En revanche, la stupide complicité du silence, qui s'établit entre le charlatan et sa victime, par la honte qu'éprouve celle-ci d'avoir donné dans les pièges de l'autre, équivaut presqu'une garantie d'impunité pour le délinquant, si les parquets ferment l'oreille volontairement, comme cela se voit tous les jours, aux bruits et même aux dénonciations, dont ils devraient

rechercher les preuves si faciles à recueillir. On craint d'ennuyer et de déranger ceux qui furent les gogos, des amis parfois, des chefs souvent : on craint de déplaire au député ou au personnage influent, dont le charlatan s'est couvert ; on se rappelle aussi que l'on a eu soi-même, parfois, sur la conscience quelque peccadille de ce genre : la pommade de la bonne sœur, le massage du père X. On en conclut que le charlatan ne commet qu'un péché véniel, on classe, et l'exercice illégal prospère sous l'œil tolérant de ceux qui sont chargés de l'étouffer.

Faut-il espérer que, désormais, il n'y aura pas deux poids et deux mesures ? Que le diplôme n'aura pas droit à toutes les rigueurs et le braconnage à toutes les indulgences ?

H. Jeanne.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de l'ozène.

L'ozène ou rhinite atrophique fétide est, comme on sait, caractérisé par l'atrophie de la muqueuse et du tissu osseux, cornets en particulier, l'hypersécrétion purulente spéciale, ayant une tendance manifeste à se concréter sous la forme de bouchons croûteux, verts, noirâtres, plus ou moins secs, poussiéreux et répandant l'odeur fétide spéciale, qui a valu à cette rhinopathie le nom d'ozène, sous lequel on la désigne habituellement.

M. le Dr *E. J. Moure*, de Bordeaux, a, dans une récente communication au Congrès d'otologie, laryngologie et rhinologie, montré très clairement les différentes variétés cliniques que l'on doit distinguer dans l'ozène : 1° la forme *adénoïdienne*, 2° la forme *sinusienne*, 3° la forme *nécrosante*, 4° la forme *purulente*, 5° la forme *ozénateuse atrophique*.

Parmi les nombreux traitements recommandés récemment contre l'ozène, nous devons signaler celui qu'ont préconisé particulièrement MM. Belfanti et Vedova : c'est la sérothérapie par le sérum antidiphthérique. M. Lautmann a essayé cette méthode dans le service de M. Gouguenheim, sur sept malades.

Le résultat le plus manifeste, mais aussi le plus important, fut la disparition de la mauvaise odeur, disparition obtenue dans tous les cas où l'ozène existait.

Parmi ces malades, il y en avait qui avaient tout essayé pour combattre la fétidité sans y réussir, et une, dont tout le traitement consistait en injections sans irrigations. Dans la sécrétion, on n'a pas trouvé de modifications objectives ; les malades assuraient parfois qu'elles mouchaient plus facilement. Il est important de constater que la fétidité avait disparu, même dans les fosses nasales et le cavum où des croûtes séjournaient comme auparavant. Un phénomène qu'on put également constater était la tuméfaction de la muqueuse qui se maintenait pendant le cours du traitement.

On fit presque toujours une injection de 10 centimètres cubes dans la paroi abdominale ou thoracique, qu'on répétait tous les deux jours. Parmi les accidents, on vit l'albuminurie et les exanthèmes morbilliformes sur une malade, mais les phénomènes disparurent pour ne plus reparaître ; une tuméfaction et des démangeaisons sur une autre, sans albuminurie. Enfin, une enfant de treize ans présenta un exanthème scarlatiniforme avec néphrite, qui disparut par la cessation du traitement, repos au lit et régime lacté.

M. Lautmann a expérimenté également chez quatre malades le sérum artificiel (eau salée à 7 p. 1000), à raison de 20 centimètres cubes à chaque séance. Ces injections furent supportées sans le moindre inconvénient et, chez trois malades,

FEUILLETON

Association de l'Oise.

Présidence du Dr Gézilly.

La déontologie à propos des Sanatoria.

Messieurs : Nous laissons volontiers, au Syndicat de notre département, le soin de défendre nos intérêts et à notre Société locale, nous étudions surtout, et avec quelque succès, les œuvres d'*assistance* et de *prévoyance*. Vous avez, plus qu'aucune autre société locale, contribué à pousser l'Association générale plus avant dans cette voie féconde en heureux résultats professionnels. Nous avons combattu longtemps ensemble, pour faire cesser son hostilité contre les *Syndicats* et nous y sommes parvenus, après des années de lutte.

Nous avons été les premiers, aussi, à lui conseiller et à lui faire adopter la création d'une *Caisse spéciale de secours aux veuves et orphelins*. Nous lui avons montré le chemin, en ce qui concerne la création des œuvres d'*indemnité de maladie et pensions de droit*.

Je tiens aujourd'hui à vous signaler encore un sujet, à propos duquel, il pourrait se faire que votre Société locale ne fût pas en conformité d'idées avec le Conseil général.

Voici ce dont il s'agit :

Tous les médecins de ma génération s'étaient habitués à considérer les *tuberculeux*, auxquels ils donnaient des soins, comme voués à une mort à peu près certaine et ce n'est que pour l'infime minorité d'entre eux, les riches, que les praticiens pouvaient envisager la perspective d'une cure par l'envoi dans certains climats, dans des pays lointains. Le malade restait sous la direction de son médecin, qui pendant de longs mois, pendant des années, lui prodiguait ses soins et tirait de l'exercice de sa profession un légitime revenu.

Les temps sont changés ; la science a progressé et l'expérience acquise, à l'étranger surtout, a démontré jusqu'à l'évidence, que le tuberculeux, soumis à l'étroite discipline hygiénique d'un Sanatorium, peut espérer la guérison dans la proportion inespérée de 40 à 50 %.

Cette heureuse constatation a eu pour conséquence la création d'un nouveau devoir pour le médecin : « *Désormais, il ne lui est plus permis de vivre longtemps de son malade ; il doit, dans le délai, le plus bref, après l'établissement du diagnostic, lui conseiller d'aller dans un sanatorium, bénéficier des chances de guérison que celui-ci lui procure d'une façon qu'on ne peut plus contester.* »

Alors, les médecins ont jeté les yeux autour d'eux et ils ont constaté que les sanatoria n'existent pas encore en France. Ils ont envoyé leurs malades en Allemagne, en Suisse ; puis ils se sont dit : cela ne peut pas durer ; il nous faut, chez nous, des sanatoria ; créons-en avec notre argent. Émettons des actions, convions les médecins à les souscrire, faisons une œuvre utile, réalisons en France ce qui existe à l'étranger. Il faut, au début, des capitaux considérables. Nous sommes à peu près sûrs du

l'odeur avait tellement diminué, ou, pour mieux dire, changé de caractère, d'une façon telle, que les malades arrivèrent à ne plus sentir mauvais, en ne faisant qu'une irrigation par jour. Ces résultats furent obtenus après quinze ou vingt injections, mais ils se maintiennent depuis un mois.

M. Lautmann conclut que le sérum antidiphthérique constitue un moyen d'amélioration considérable, peut-être même de guérison, pour des malades atteints de punaisie. Si, pour une raison quelconque, on craignait que ce sérum ne fût pas bien supporté, on trouverait dans le sérum artificiel un moyen exempt de tout danger pour combattre l'ozène.

La méthode de traitement adoptée par M. Moure est la suivante : « Lorsque l'ozénateux se présente à mon examen et qu'il n'a fait aucune espèce de traitement, je commence, comme tous mes confrères, par débarrasser ses cavités nasales des croûtes plus ou moins épaisses, sèches et poussiéreuses, qui y sont accumulées ; pour cela, je pratique une sorte de décortication de la muqueuse avec le porte-ouate garni et imprégné de glycérine phéniquée légère, ou autre topique analogue, en faisant de temps à autre des injections nasales détersives qui permettent au malade d'expulser plus ou moins complètement les produits de sécrétion contenus dans ses fosses nasales. Une seule séance suffit rarement à ce nettoyage ; mais, le lendemain, il est généralement possible d'arriver au résultat cherché. Alors, après avoir exposé au malade la difficulté que nous avons à guérir son affection, je me borne à lui demander s'il est décidé à subir un traitement régulier, qui aurait pour but non de le guérir immédiatement, mais de hâter cette guérison définitive ; ou bien, s'il veut simplement se borner à débarrasser ses fosses nasales des productions ozénateuses, par conséquent de l'odeur qu'elles répandent. Alors, suivant sa réponse, je prescris ou le traitement classique des irrigations nasales et rétro-nasales, avec l'une des nombreuses formules que j'ai déjà publiées et dont je donne un peu plus loin les principales, puis je conseille de terminer cette douche par une pulvérisation huileuse faite à l'huile mentholée ou autre, ou même, dans quelques cas, simplement avec le liquide antiseptique de l'irrigation nasale. Si je fais pratiquer des irrigations abondantes, je conseille toujours de faire la première à l'eau salée, bicarbonatée, boriquée ou autre, la dernière seule devant contenir l'une des solutions antiseptiques suivantes :

Acide phénique floconneux.....	25 à 30 gr.
Glycérine neutre..............	100 à 200 —
Eau...........................	400 à 300 —

« Une cuillerée à soupe de ce liquide dans un litre d'eau bouillie tiède.

« Pour pratiquer l'injection nasale antiseptique, on peut employer, aux mêmes doses, le lysol, l'acide sozolique et les divers sels de sozoïodol, le phénate de soude, le phénosalyl, le chloral, la résorcine, etc. ; en un mot, les différents antiseptiques solubles dans l'eau. Souvent même on peut combiner leur emploi en variant la dose des médicaments actifs, de manière à arriver toujours au total de 25 à 30 grammes de substance antiseptique, pour 500 grammes de liquide. On peut également faire usage de l'acéto-tartrate d'alumine, préconisé autrefois par Max Schäffer, de Brême, topique extrêmement actif, facile à se procurer et peu coûteux.

« Il est bon d'additionner, au début, ces liquides antiseptiques d'un vinaigre aromatique quelconque qui augmente leur action anti-fétide, et permet de débarrasser assez rapidement le malade de l'odeur caractéristique de son affection, surtout si l'on a le soin de ne faire ces injections qu'après avoir soi-même pratiqué un

---

succès ; ces capitaux produiront de gros intérêts ; pourquoi les médecins, qui vont être obligés, par devoir médical, à renoncer aux légitimes bénéfices de la cure si longue et si peu efficace de leurs tuberculeux, ne profiteraient-ils pas de ces bénéfices, obtenus avec leur argent, argent que d'ailleurs ils pourraient perdre, à la rigueur, dans cette entreprise ? Il ne viendra jamais à personne la pensée de mésestimer ces médecins, qui ont renoncé à la cure fructueuse de leurs malades, qu'ils ne guérissaient guère, s'ils les envoient dans des établissements dont ils seront un peu propriétaires, qui les rémunèreront de l'argent qu'ils auront risqué, pour procurer 40 à 50 pour cent de guérisons à leurs malades.

J'espère, chers confrères, que vous aussi, vous serez portés à penser qu'au lieu de les mésestimer, leurs confrères et leurs malades devront être reconnaissants aux médecins de leur avoir procuré l'instrument de la guérison et ne pourront les soupçonner d'avoir cédé, dans cette circonstance, à l'appât du gain, lorsqu'ils renoncent, d'autre part, à leur continuer leurs soins à domicile.

Mais avant de vous demander votre opinion, je dois vous dire qu'il s'est rencontré, récemment, un médecin qui a publiquement, dans son journal, discuté la question et conclu que cette opération commerciale est dangereuse et qu'elle doit être condamnée au point de vue déontologique !

Je ne me serais guère ému de cet excès de scrupule, s'il avait été émis par un simple journaliste, en cette seule qualité. Les opinions sont libres et ce n'est pas par des excès de ce genre que la presse médicale peut se compromettre !

Mais ce journaliste est aussi le *secrétaire général de notre association* : c'est M. *Lereboullet* et il exprime son opinion dans la *Gazette hebdomadaire* (5 juillet 1896).

Je n'accepte pas son opinion de journaliste ; je vous demande si vous acceptez son opinion de secrétaire-général de notre association.

Voici ce qu'il écrit : « Un médecin aliéniste fonde une maison de santé ou achète celle d'un de ses confrères ; un médecin fonde ou achette une maison d'hydrothérapie ; il en devient le directeur et le médecin. Rien de plus honnête, rien de plus légitime. Sa situation est nette et connue. Si l'on s'adresse à lui pour le consulter, on sait quelle est sa situation professionnelle S'il donne au malade qui le consulte, le conseil de ne pas suivre le traitement qu'il dirige lui-même, il n'en aura que plus d'autorité aux yeux du public ; on ne pourra pas non plus lui en vouloir, s'il insiste pour traiter chez lui le malade qui lui a été amené. Tout autre serait la situation de l'actionnaire, du bailleur de fonds de cette maison spéciale. Celui-ci, s'il fait de la médecine générale ou s'il est médecin consultant, plus recherché pour les maladies mentales ou les maladies nerveuses, se trouvera gêné par la situation relativement occulte, que lui crée, vis-à-vis du public, l'intérêt matériel qui l'attache à tel ou tel établissement. Le public ignorera ou sera tout au moins censer ignorer, s'il conseille tel ou tel établissement, que la prospérité de celui-ci lui fera gagner de plus gros dividendes. Le médecin action-

nettoyage complet des fosses nasales, à l'aide du porte-ouate.

« Si, au contraire, le malade désire suivre un traitement plus régulier, je me borne alors à prescrire des douches nasales ou rétro-nasales à l'eau salée, et je fais tous les deux jours, pendant quinze jours, puis deux fois par semaine pendant un mois environ, et ensuite de loin en loin seulement, suivant le résultat obtenu, un massage de la muqueuse nasale avec le porte-ouate imprégné de l'une des solutions dont j'ai donné la formule plus haut, iodée ou à la glycérine phéniquée au 1/15 ou au 1/10 même de préférence, au début. Ce massage est suivi d'un lavage nasal et rétro-nasal pour enlever toutes les sécrétions qui viennent de se produire à la surface de la pituitaire, et je termine par une pulvérisation de nitrate d'argent variant graduellement de 5 à 25 0/0, suivant les cas, d'après le procédé qui a été recommandé par P. Meyjes (d'Amsterdam), il y a déjà quelques années, procédé qui mérite certainement d'être conservé, car il rend, dans bien des cas, des services signalés. Une dernière injection alcaline enlève l'excès de nitrate contenu dans l'intérieur du nez, un lavage avec une solution iodurée légère sur les ailes du nez et la lèvre empêche ces dernières d'être tachées par le nitrate, et le malade rentre chez lui avec, très souvent, un léger coryza aigu, parfois même un peu de mal de tête. Généralement ces symptômes s'amendent assez vite, surtout si l'on ne dépasse pas les doses tolérables ; à ce sujet il faut dire que la dose de 25 0/0 peut être assez rarement atteinte. C'est dans ces conditions qu'après un mois ou deux de traitement suivi, j'ai pu constater nettement les points d'origine de la sécrétion purulente et m'assurer que, dans les cas rebelles, la pituitaire n'était pas seule atteinte, mais que *très souvent* une ou plusieurs cavités accessoires participaient au processus morbide ; j'ai alors dirigé ma médication vers la région malade, ce qui m'a permis, dans quelques cas, d'obtenir un résultat définitif ; mais, dans d'autres, de voir, en dépit de tout traitement, l'affection persister. Il ne suffit pas, en effet, de diagnostiquer une suppuration sphénoïdale, ethmoïdale ou frontale, d'écouvillonner ces cavités, de les cautériser ou même de les curetter pour les guérir. Trop souvent, dans ces formes sinusiennes profondes, ethmoïdales et sphénoïdales surtout, le traitement le mieux appliqué et le plus régulièrement suivi n'amène pas la guérison. Les sinus maxillaires et frontaux, au contraire, ont l'avantage de pouvoir être traités directement, et la lésion isolée du sinus maxillaire est peut-être, de toutes, celle qui permet d'arrêter le plus sûrement l'hypersécrétion, puisque le malade peut être à même de pratiquer lui-même des lavages journaliers dans cette cavité. »

Il est bien convenu que le traitement général, adapté à l'état constitutionnel de chaque malade, devra être institué dès le début, en même temps que le traitement local.

Traitement des néphrites infectieuses par la teinture de cantharides.

Mademoiselle Wyszynska vient de consacrer sa thèse à l'étude du traitement des néphrites infectieuses par la teinture de cantharides, suivant la méthode de Lancereaux, Cassaët et du Cazal. Ce médicament, dit-elle, peut tout au moins dans certains cas, apporter une grande amélioration à certaines néphrites, et cela sans qu'elle paraisse faire courir de dangers au malade, ainsi qu'on aurait pu le craindre.

La teinture de cantharides doit être administrée à doses fractionnées, progressives, à l'état de grande dilution, à la dose de IV à XII gouttes, interrompue pendant un certain temps,

---

naire d'un établissement quelconque se trouvera donc, s'il y envoie des malades, dans la situation de celui qui s'abaisserait à toucher des remises chez les fournisseurs de ses clients. Et s'il est scrupuleusement honnête, il hésitera avant de conseiller, à ceux qui le consultent, le sanatorium ou la maison de santé, dont il a provoqué la création, dont il souhaite le succès. »

Et il conclut ensuite : Multipliez en France les sanatoria et les établissements spéciaux destinés à mieux assurer le traitement des maladies tuberculeuses ou des maladies nerveuses ; acceptez la direction de ces établissements si vous vous croyez aptes à réussir dans une tâche aussi difficile, mais constituez un comité directeur d'actionnaires choisis parmi des financiers ou des administrateurs ou parmi des médecins qui ne soient ni des praticiens, ni des écrivains, ni des professeurs. »

Eh bien, chers confrères, cet excès de pudeur, je ne l'éprouve en aucune façon ; en devenant actionnaire d'un sanatorium, je ferais, contre mon intérêt de praticien, une bonne action, en fournissant à mon malade, l'instrument d'une guérison que je ne pouvais lui procurer. Je l'enverrai, de préférence, dans le sanatorium, dont je pourrais être l'actionnaire, parce que dans ce sanatorium je continuerai à servir utilement mon malade ; j'empêcherai, par mes votes, par l'influence de mon titre d'actionnaire, l'établissement de dévier de sa destination médicale : la cure rapide, et de devenir un simple hôtel, administré uniquement par des financiers, qui, par intérêt, pourraient subordonner les conditions de la cure au bénéfice plus grand à procurer à la rémunération des capitaux engagés, et je dis à nos confrères, pour terminer, contre l'opinion de M. Lereboullet : « Que vous soyez écrivains, professeurs ou simples praticiens, multipliez en France les *sanatoria* ; mettez-y un peu de l'argent dont vous pouvez disposer, avec chances de le perdre, mais aussi de le voir largement rémunéré ; assurez à des médecins la prédominance dans le Conseil d'administration, sur les financiers, et vous aurez fait une bonne action et une bonne affaire, puisque chaque fois que vous y enverrez un malade, vous le ferez en sacrifiant vos intérêts. »

Messieurs : j'ouvre la discussion sur cet intéressant sujet et je vous prie de prendre une détermination, en votant, si vous l'approuvez, l'ordre du jour suivant :

Il est licite, pour tous les médecins, de devenir actionnaires des Sanatoria pour tuberculeux, puisque, toutes les fois qu'un médecin conseille à son malade d'entrer dans un sanatorium, on ne peut le suspecter de rechercher son intérêt, qu'il sacrifie par ce conseil, et que le corps médical a le droit et le devoir de se mettre au-dessus des suspicions de ce genre. » (*Applaudissements.*)

Divers memdres prennent part à la discussion. Le secrétaire, Dr Wurtz, donne lecture de l'article de la *Gazette hebdomadaire*, intitulé *les médecins et les affaires commerciales*, et sur la demande du Président, comme conclusion, l'ordre du jour ci-dessus est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

après un mois au plus de son administration régulière tous les jours ; supprimée au moindre signe d'aggravation. Le malade sera soumis pendant tout ce temps au régime lacté intégral, qui contribue grandement à activer la puissance de tout médicament, destiné à modifier l'état morbide de l'appareil génito-urinaire, par ses qualités diurétiques, et en fournissant aux organes éliminateurs un repos nécessaire à leur reconstitution.

L'indication de ce médicament, qui a pour effet physiologique de relever le taux de l'urée, et qui est en même temps diurétique, paraît résider surtout dans le traitement des néphrites épithéliales aiguës, avec ou sans anasarque, chez des sujets jeunes, au début de la maladie surtout. Dans ce cas, elle abaisse le taux de l'albumine, même en dehors du régime lacté intégral et lorsqu'on a constaté par l'observation antérieure que l'albumine n'avait aucune tendance à baisser spontanément ; mais elle est contre-indiquée dans les néphrites interstitielles des artério-scléreux et des saturnins.

Les lésions intestinales dans l'intoxication par l'oxyde de carbone.

M. le professeur *Brouardel* a, à l'occasion de la révision récente d'un procès célèbre (l'affaire de Malaunay), insisté sur la possibilité de lésions intestinales graves dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone. C'est sur cet intéressant sujet, que le Dr *Delage*, vient de faire sa thèse inaugurale. Cet auteur a remarqué qu'on observe constamment chez les chiens empoisonnés par l'oxyde de carbone des lésions de la muqueuse gastro-intestinale caractérisées par de la congestion, des hémorrhagies, des érosions ou des ulcérations. Ces mêmes lésions se retrouvent sur la muqueuse gastro-intestinale des individus empoisonnés par l'oxyde de carbone. Si elles n'ont pas été signalées plus fréquemment, c'est qu'on a négligé de les rechercher.

Leur intensité, leur étendue, paraissent en rapport avec la rapidité de l'intoxication et l'état de plénitude ou de vacuité du tube digestif de l'animal intoxiqué.

Dans certains cas d'intoxication par les substances irritantes, telles que l'acide tartrique, on peut rencontrer sur la muqueuse gastro-intestinale des lésions à peu près semblables, comme forme et comme aspect, mais en différant par leur siège et leur étendue. Le seul caractère qui permette de ne pas les confondre réside dans ce fait : que les lésions par substance irritante semblent presque toujours localisées à l'estomac et vont en décroissant au fur et à mesure qu'on s'éloigne du pylore ; celles, au contraire, produites par l'absorption de l'oxyde de carbone siègent indifféremment sur quelques-uns des points de l'estomac et de l'intestin et leur intensité ne suit pas un ordre décroissant à partir de l'estomac.

Aussi chaque fois que l'expert dans le cours d'une autopsie rencontrera des lésions semblables, il ne devra pas oublier qu'elles peuvent être symptomatiques d'une intoxication par l'oxyde de carbone et procéder avant tout à l'analyse spectroscopique et chimique des gaz et du sang.

Diagnostic de la perméabilité rénale.

On insiste beaucoup aujourd'hui sur la nécessité, pour le médecin, avant de prescrire un médicament toxique, même à très faible dose, de s'assurer de la perméabilité rénale. Or, il n'est pas toujours aisé de vérifier cette perméabilité par la simple analyse de l'urine. MM. *Achard* et *Castaigne*, ont donné récemment, à la Société médicale des hôpitaux, un moyen assez simple et assez pratique de s'assurer de cette perméabilité.

La méthode a été appliquée dans 77 cas, dont 22 avec autopsie vérifiant le diagnostic : cette méthode consiste à injecter le bleu de méthylène sous la peau (car si on le donnait par ingestion, il faudrait compter avec les variations parfois très grandes de l'absorption digestive). Les modifications que présente l'apparition du bleu dans l'urine, sont alors sous la dépendance exclusive de l'élimination rénale et en révèlent les troubles. La solution du bleu doit être stérilisée (par ébullition) ; l'injection n'est ni douloureuse, ni irritante. La dose la plus convenable est de 0 gr. 25 de bleu.

Au moment de l'injection, le malade doit vider sa vessie. Puis on recueillera l'urine après une demi-heure, 1 heure, 2 heures, etc., pour apprécier la marche de l'élimination. La simple vue suffit le plus souvent pour indiquer la présence de la matière colorante. Cependant si l'urine est très jaune ou contient très peu de bleu, la teinte peut être douteuse ; il est alors facile de la faire apparaître en agitant l'urine dans un tube avec du chloroforme qui entraîne au fond la plus grande partie du bleu. On peut aussi doser le bleu, au moyen de sa transformation en blanc de méthylène, à l'ébullition, lorsqu'on y ajoute une solution titrée de glycose.

Chez un sujet normal, le bleu existe déjà en faible quantité dans l'urine, au bout d'une demi-heure ; après une heure, la teinte bleue est très nette, puis elle atteint son maximum vers la troisième ou la quatrième heure, s'y maintient quelques heures et décroît ensuite pour disparaître complètement dans un délai qui varie de 35 à 50 heures en moyenne.

Chez les sujets dont les reins ont une perméabilité diminuée, l'apparition du bleu est retardée, elle n'a lieu qu'après la première heure. La durée de l'élimination est parfois prolongée pendant plusieurs jours ; mais dans d'autres cas elle est, au contraire, abrégée, et il peut arriver que l'urine ne présente la teinte bleue que d'une façon passagère ou même ne la présente jamais. Mais la durée de l'élimination et la quantité éliminée étant très variables, c'est le retard de l'apparition du bleu dans l'urine qui est l'élément le plus constant et le plus important de l'épreuve.

D'une façon générale, si le retard s'observe chez un sujet atteint de troubles chroniques, mais se trouvant, au moment de l'épreuve, dans son état de santé habituel, sans aucun incident aigu, il y a tout lieu de croire à l'existence d'une néphrite chronique. Si le retard s'observe chez un malade atteint d'une affection aiguë, il peut indiquer une néphrite, mais il peut n'indiquer aussi qu'un simple trouble fonctionnel, passager, comme les auteurs en ont observé deux exemples au cours de l'embarras gastrique et de la

fièvre typhoïde. Il importe, par conséquent, surtout au cours d'un état aigu, de renouveler l'épreuve.

Les médicaments antigalactogogues.

On éprouve souvent de très grandes difficultés à faire cesser rapidement ou même à empêcher de se produire la sécrétion du lait chez les femmes qui, pour telle ou telle raison, ne peuvent allaiter leur enfant ; nous avons déjà signalé les méthodes variées que conseillent les accoucheurs pour combattre la sécrétion du lait, mais nous avons déjà montré qu'elles sont loin d'être toutes efficaces. Les uns donnent une ou plusieurs purgations d'huile de ricin 40 à 60 grammes, et font boire en même temps de la tisane de pervenche ou de canne de Provence. D'autres prescrivent les applications de tampons imbibés de solution à 1/20 de chlorhydrate de cocaïne, de pommades cocaïnée, belladonée, etc.

D'autres enfin, préconisent l'antipyrine en cachets, à la dose de 1 à 3 grammes en 24 heures. Les plus avisés font simplement de la compression ouatée, mais nombreuses, sont les clientes à qui cette méthode déplaît.

M. le Dr Alph. *Hergott* déclare avoir obtenu presque constamment des succès en administrant le camphre à l'intérieur.

Les résultats qu'il a obtenus sont tout à fait de nature à en recommander l'usage. Il le prescrit à la dose de 60 centigrammes par jour en trois fois, par cachets de 20 centigrammes et cela pendant trois jours. Dans une trentaine de cas où le camphre a été employé dans ce but, la sécrétion a presque toujours diminué d'une façon tout à fait remarquable.

M. A. Hergott a été amené à faire usage du camphre comme antigalactogogue, par les résultats obtenus par M. A. Kiener, de la Forge, près de Wolbach (Haute-Alsace) sur les animaux et en particulier sur les vaches laitières, résultats qui semblent tout à fait probants.

MÉDECINE PRATIQUE

Tuberculose des voies urinaires.

(*Suite et fin*)

(Voir le n° 20.)

II

TUBERCULOSE VÉSICALE.

La vessie est plus fréquemment atteinte, par le bacille de Koch, que le rein : elle est, en effet, souvent un *locus minoris resistentiæ*, par le fait de la blennorrhagie qui l'a envahie antérieurement et qui rarement l'a complètement abandonnée.

Les cystites du col et du corps, si habituelles dans la blennorrhagie mal soignée, sont de bons milieux de culture pour le bacille de Koch, surtout si le terrain du malade est lymphatico-scrofuleux.

Les principales lésions observées généralement sont les suivantes : Toute la paroi interne, surtout au niveau du trigone, au voisinage des orifices des uretères et du col, se couvre de granulations d'abord demi-transparentes, grises, puis jaunâtres, de la grosseur d'un grain de millet, et contenant un magma blanchâtre, puriforme. « Ces granulations se ramollissent et se fondent en laissant une ulcération, qui s'ouvre dans une cavité creusée dans la paroi. Les granulations se réunissent en formant des ulcérations qui varient de la grandeur d'une pièce de 50 centimes à une pièce de 5 francs. La vessie peut être entièrement ulcérée et même perforée en certains points » (1).

La tuberculose envahit souvent le col, la prostate, l'urèthre dans sa partie spongieuse, jusqu'à la fosse naviculaire ; elle remonte aussi par les uretères jusque dans les reins. D'ailleurs, d'après Guyon, c'est ce chemin que suivraient toujours les bacilles pour envahir les reins. Nous avons vu, plus haut, que les bacilles pouvaient venir aussi par la voie artérielle et descendre du rein dans la vessie (infection secondaire).

Le début de la cystite tuberculeuse est des plus insidieux. Souvent elle évolue insensiblement après une cystite blennorrhagique ou seulement après de nombreux excès vénériens et bachiques. Tout à coup, apparaît une *hématurie* légère, sorte d'hémoptysie prémonitoire de la congestion que provoquent les granulations néo-formées. Dans d'autres cas, c'est la *pollakiurie* vésicale, qui ouvre la scène. Ces envies fréquentes d'uriner se présentent surtout la nuit, au début, et sont particulièrement douloureuses à la fin de la miction. Peu à peu, les besoins augmentent de fréquence jusqu'à ne plus laisser aucun repos. En même temps que la pollakiurie, il finit même par y avoir de la *polyurie*, due à l'irritation générale de tout le système urinaire par la tuberculose.

Les urines deviennent bientôt *purulentes* et infectes, par suite de la fonte des tubercules. Le pus est fréquemment sanguinolent. Il contient d'innombrables leucocytes, des cellules épithéliales de la vessie, des fibres élastiques et des bacilles de Koch en abondance.

Le sang, mélangé à l'urine, lui donne la couleur rosée du sirop de groseilles mélangé à l'eau, mais, le plus souvent, l'urine est trouble. Parfois, le sang est émis en caillots plus ou moins volumineux, qui causent quelques douleurs pendant leur expulsion.

On observe fréquemment de la *rétention d'urine* causée soit par un spasme de la région membraneuse, ou d'autres fois, par un caillot sanguin, un bouchon caséeux qui obture l'urèthre ou le col vésical.

L'incontinence s'observe aussi, soit qu'elle provienne d'un regorgement, soit qu'elle doive être attribuée à une ulcération profonde du col. La tuberculose vésicale débute même quelquefois par une subite incontinence d'urine sans hématuries, sans pyurie, sans douleurs prémonitoires.

La cystite tuberculeuse provoque généralement de très vives *douleurs*, des cuissons, des brûlures, des élancements pénibles, du ténesme et des épreintes terribles, qui arrachent des cris aux malades les moins sensibles. Ces douleurs sont continues ou simplement mictionnelles ; elles

(1) H. PICARD. Traité de médecine clinique et thérapeutique. Maloine, 1895.

ressemblent parfois soit à un lombago, soit à une colique néphrétique. Le toucher rectal les exaspère ; le cathétérisme est encore plus pénible, il faut, d'ailleurs, l'éviter à tout prix.

« Si le malade veut se retenir d'uriner, pour éviter la douleur de l'expulsion des dernières gouttes, il augmente ses souffrances et urine malgré lui.

« Lorsqu'on fait pisser le malheureux patient dans trois verres, on remarque que, contrairement à ce qui arrive dans la cystite calculeuse, l'urine est trouble des premières aux dernières gouttes, et quand la maladie est ancienne, l'urine est pâle, à moins qu'elle ne soit sanguinolente. Au repos, elle abandonne un dépôt purulent d'épaisseur variable, strié de taches rouges ou jaunâtres suivant la quantité de sang. Quand celui-ci est abondant, il recouvre le pus d'une couche rougeâtre d'épaisseur variable. Le pus renferme des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien. »

Comme l'urèthre est généralement atteint aussi par la tuberculose, on observe presque constamment une blennorrhée très tenace.

L'évolution de la tuberculose vésicale est très capricieuse : tantôt elle amène rapidement la mort par cachexie et généralisation tuberculeuse, par perforation vésicale, et infiltration d'urine, par épuisement et empoisonnemet urineux; tantôt elle dure des années (5 ans, 10 ans, 20 ans) et s'interrompt pendant de longues périodes qui, chaque fois, donnent l'illusion d'une guérison.

En réalité, la guérison paraît possible, mais bien exceptionnellement.

Le *diagnostic* de la cystite tuberculeuse est ardu au début, car, à ce moment, on ne saurait avoir recours à la recherche des bacilles de Koch dans le dépôt purulent de l'urine. Or cette constatation seule est pathognomonique.

En présence d'une pollakiurie nocturne persistante, de quelques douleurs rétro-pubiennes, d'hématuries surtout, on pratiquera non pas le cathétérisme, mais le toucher rectal pour explorer la protate, le trigone vésical, les vésicules séminales, on examinera avec soin les testicules, les épididymes, on fera recueillir minutieusement l'urine des 24 heures et on en examinera le dépôt au microscope. Chez la femme l'exploration vésicale est facile par le vagin et par l'urèthre : ici, non pas le cathétérisme, mais la dilatation uréthrale sous le chloroforme, avec l'assistance d'un confrère, s'imposera généralement, pour constater *de visu* les lésions présumées de la vessie.

L'endoscope de Désormeaux n'est pas applicable à la cystite tuberculeuse à cause des douleurs qu'il provoquerait et des dégâts qu'il risquerait de causer.

Traitement. Quel est le meilleur traitement à opposer à la cystite tuberculeuse ? D'abord les lavages de la vessie SANS SONDE par le procédé du Dr Lavaux, au moyen d'une canule uréthrale et d'un bock d'Esmarck élevé à une hauteur de 1 mètre, 50 environ au-dessus du plan du pubis, le sujet étant couché. Le liquide le meilleur est la solution *d'antipyrine* au 1/100 (Vigneron). Le sublimé est douloureux et dangereux. Si cette méthode ne suffit pas, il faut recourir à la *cystotomie sus-pubienne* et au saupoudrage de la muqueuse ulcérée de la vessie avec l'iodoforme finement porphyrisé. La cystotomie sera suivie d'un amendement complet. Ces deux procédés ne suffisent certes pas à eux seuls ; il faut employer quelques moyens adjuvants : opium et morphine en pilules, injections hypodermiques, lavements et suppositoires. Quelques bains généraux tièdes sont aussi de bons calmants.

Quant aux instillations, nous les repoussons d'une manière générale, tout en convenant qu'entre des mains habiles et dans des urèthres exceptionnellement tolérants, on peut obtenir d'excellents résultats par les instillations. On emploie pour les instillations sur le col vésical le sublimé à 1 pour 5000 (vingt à trente gouttes); M. Guyon porte le taux du sublimé progressivement à 1 pour 3000, 1 pour 1000, 4 pour 1000. On instille parfois avec succès quelques gouttes de solution d'antipyrine à 1 pour 10 ; d'huile stérilisée gaïacolée à 1 pour 4, de gaïacol iodoformé analogue aux solutions pour injections hypodermiques.

Les eaux minérales des Vosges, de la Savoie et, en général, les eaux faiblement minéralisées sont bonnes à conseiller quand le malade a subi la cystotomie sus-pubienne : elles sont parfaitement inefficaces contre une tuberculose vésicale au début.

Enfin, comme dans toute manifestation de la tuberculose, n'oublions pas que la bonne hygiène alimentaire, le repos au grand air et l'absence de toute fatigue physique, constituent, avec la médication phosphatée et arsenicale, la base essentielle d'action de toutes les opérations dirigées sur la vessie.

Dr Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Ordre des médecins.

La question de la création d'un Ordre des médecins est à l'ordre du jour.

Divers projets d'organisation ont été mis en avant, et les syndicats médicaux vont certainement, dans leurs réunions, être appelés à les discuter.

Nous croyons répondre au désir d'un très grand nombre de nos lecteurs en donnant le texte de ces projets selon leur ordre de date.

1° *Proposition adoptée par le Congrès médical de* 1845.

« Un Collège médical sera créé dans chaque arrondissement et comprendra tous les médecins domiciliés dans l'arrondissement.

« Chaque collège médical d'arrondissement élira tous les ans, à la majorité absolue des suffrages, un Conseil médical.

« Le Conseil aura pour mission, d'une part de soutenir les droits du corps médical et de ses membres, d'autre part de maintenir la dignité professionnelle.

« Le Conseil aura le pouvoir de prononcer, suivant les circonstances, qu'il appréciera, cinq ordres de peines disciplinaires : 1° l'admonition ; 2° la réprimande ; 3° la censure ; 4° la radiation temporaire du tableau du collège ; 5° la radiation absolue qui sera également déterminée par les peines afflctives et infamantes, pour les délits autres que les délits politiques.

« Les Collèges médicaux seront chargés de signaler, aux procureurs du roi, les individus qui

exercent illégalement la médecine et d'en presser la poursuite.

« Les Conseils médicaux devront adresser aux autorités administratives et judiciaires les demandes et réclamations, qui intéressent le corps médical ou l'un de ses membres.

« Tout appel d'une décision disciplinaire rendue par le Conseil médical d'un arrondissement, ne pourra être porté que devant le Conseil médical du chef-lieu du département.

« Tout appel d'une décision disciplinaire rendue par le conseil médical du département sera porté devant le Conseil de l'arrondissement le plus éloigné. »

2° *Projet du docteur Surmay*

(Résumé du projet.)

« L'*ordre des médecins* aurait la garde de l'honorabilité et de tous les intérêts professionnels du corps médical. A l'Etat appartiendrait l'investiture scientifique ; à l'*Ordre des médecins*, l'investiture morale.

« Il y aurait, dans chaque arrondissement, une *Chambre médicale* élue, et au-dessus des *Chambres médicales*, un *Conseil Général de l'Ordre* siégeant à Paris, dont les membres seraient en partie désignés par la loi et en partie élus.

« Les Chambres et le Conseil général seraient des Chambres professionnelles et des Tribunaux spéciaux.

« Les Chambres d'arrondissement dresseraient la liste des médecins ayant le droit d'exercer, et nul ne pourrait exercer, s'il n'était admis par la Chambre et inscrit sur la liste. Nul ne pourrait être inquiété à raison de ses doctrines médicales.

« Les Chambres médicales auraient, sur les médecins de leur ressort, le droit d'avertissement, de réprimande, de censure, d'amende, de suspension et d'interdiction. Pour la suspension et l'interdiction, il y aurait appel facultatif devant le Conseil Général, qui jugerait en dernier ressort. Elles jugeraient en dernier ressort les différends entre les médecins, et, dans des limites déterminées par la loi, les différends entre médecins et clients.

« Le Conseil Général serait la plus haute représentation et l'autorité suprême de l'Ordre. En outre de ses attributions juridiques, il dresserait, chaque année, la liste officielle des médecins ayant le droit d'exercer en France et centraliserait les actes et les travaux des Chambres médicales. Par ses soins serait rédigé et publié un *Bulletin de l'Ordre Officiel des médecins* contenant les actes et les travaux des Chambres et du Conseil général, et tous autres documents qu'il importerait de porter à la connaissance des membres de l'Ordre. Il donnerait communication, à qui de droit, des actes de l'Ordre dont la publication importerait à la bonne exécution de la loi sur l'exercice de la médecine.

3° *Projet du docteur Mougeot.*

« Toute infraction, selon sa gravité ou la fréquence de ses récidives, pourra être punie d'un avertissement, d'une réprimande, d'une amende (recouvrable par le percepteur), d'une suspension d'exercice, enfin d'une privation définitive.

« La connaissance des faits répréhensibles et leur jugement, appartiendraient à une Chambre médicale, à laquelle tous les médecins domiciliés dans le département seraient *tenus* de s'inscrire. Cette chambre départementale nommerait ses dignitaires, et ceux-ci, transformés en Conseil de discipline, pourraient prononcer, sans appel, les peines des trois premiers degrés, en renvoyant à un tribunal supérieur le soin de prononcer les deux autres.

Ce tribunal supérieur serait composé, par voie de tirage au sort, de quatre présidents de chambres départementales, et d'un président pris également au sort parmi les doyens de l'une des Facultés de médecine, lesquels auraient le droit de se faire remplacer par un professeur de leur Faculté.

« Le médecin inculpé aurait toujours le droit de se défendre ou de se faire défendre ; de même ceux qui l'accuseraient pourraient soutenir ou faire soutenir leurs dires, mais il n'y aurait pas de ministère public, et ne seraient admis dans l'enceinte que ceux qui font partie de la profession.

« Les trois premières peines seraient tenues secrètes. Les deux dernières recevraient, au contraire, la publicité, et leur exécution serait remise aux mains de l'autorité...

«.. L'ordre des médecins, ainsi constitué, n'aurait pas toujours cette mission désagréable d'être le justicier de ses propres membres ; il aurait aussi pour mission d'empêcher les empiétements du dehors, et de poursuivre l'exercice illégal. Il réglerait encore, et de haut, nos rapports avec la justice et l'administration. Il serait enfin chargé de nos revendications professionnelles et de poursuivre les modifications à apporter aux lois ou règlements qui nous régissent.

4° *Projet du Dr Dignat.*

Art. 1. Il sera institué dans chaque arrondissement un Ordre des médecins auquel sera confiée la garde de l'honorabilité et des intérêts moraux de la profession, et qui comprendra, d'office, les médecins domiciliés dans l'arrondissement et pouvant exercer légalement en France la médecine civile.

Art. 2. Nul médecin ne pourra, à ce titre, prétendre à aucune fonction, soit dans les administrations publiques ou établissements reconnus d'utilité publique, soit dans les sociétés de bienfaisance ou les sociétés de secours mutuels, s'il n'est régulièrement inscrit sur une liste de l'Ordre.

Art. 3. Tous les ans, dans chaque ressort, les médecins faisant partie de l'Ordre, éliront, à la majorité absolue des suffrages, une Chambre médicale qui se composera de.... membres, et nommera un bureau comprenant un président, un vice-président, un secrétaire et deux assesseurs, et lequel sera chargé d'expédier les affaires courantes.

Art. 4. Il est interdit aux médecins faisant partie de l'Ordre, et sous peine de s'exposer à des mesures disciplinaires sévères, de livrer leur nom aux annonces et réclames, sous quelles formes qu'elles soient, visant soit leur propre personne, soit l'exploitation d'établissements ou objets servant au traitement des malades.

Art. 5. Chaque Chambre aura pour mission de veiller aux intérêts de l'Ordre et de maintenir la dignité professionnelle. Elle dressera chaque année la liste officielle des médecins, dont elle aura admis l'inscription et jugera les différends pouvant s'élever entre eux. Lorsqu'un des médecins faisant partie de l'Ordre se sera conduit d'une façon indigne de la profession ou aura manqué aux devoirs qui lui incombent, comme membre de l'Ordre, la Chambre pourra, après information et enquête régulières et après débats contradictoires avec le prévenu, prononcer contre lui et en dernier ressort une des peines disciplinaires suivantes : l'avertissement et le blâme. En cas d'infraction trop grave aux devoirs professionnels, ou en cas de récidive, elle pourra prononcer, mais en premier ressort seulement, la suspension temporaire du droit de vote et d'éligibilité dans les Chambres médicales, l'amende et la radiation du tableau de l'Ordre.

Art. 6. En cas de différends entre un médecin faisant partie de l'Ordre et un client, aucun jugement ne sera rendu par la juridiction compétente ordinaire, avant qu'elle n'ait pris l'avis du bureau de la Chambre médicale de l'arrondissement où exerce le médecin.

Art. 7. Chaque Chambre se réunira une fois par mois.

Art. 8. Tout médecin, qui faisant partie de l'Ordre, changera de résidence, devra s'il veut conserver ses privilèges de membre de l'Ordre, se faire inscrire à la Chambre médicale de sa nouvelle résidence.

Art. 9. Tous les jugements entraînant la suspen-

sion des droits de vote ou d'éligibilité dans les Chambres médicales, l'amende et la radiation, seront susceptibles d'appel.

En ce qui concerne la première de ces mesures disciplinaires, laquelle, ainsi du reste que l'avertissement et le blâme, relève uniquement d'une juridiction disciplinaire familiale, l'appel devra être porté devant un Conseil supérieur convoqué à cet effet... fois par an, et composé de... membres appartenant à des Chambres médicales différentes, annuellement désignées par le sort, chacun de ces membres étant lui-même pris au sort dans sa Chambre. — Quant aux jugements des Chambres médicales entrainant soit l'amende, soit la radiation, il ne pourra en être appelé que devant la Cour d'Appel du ressort, qui, le cas échéant, fera exécuter par tous les moyens réguliers les décisions prises. — D'autre part, l'appel de toutes les décisions prises par les Chambres médicales pourra être porté par le Gouvernement devant la Cour du ressort. — Si, dans un délai de.... à partir du jour où une Chambre médicale a pris une décision, il n'est interjeté aucun appel de cette décision, celle-ci devient définitivement exécutoire, et les agents de l'autorité doivent se prêter à cet effet.

Art. 10. Tous les ans, au mois de janvier, chaque Chambre médicale adressera aux autorités le tableau de l'Ordre des médecins, tel qu'il aura été dressé par elle. Ce tableau sera, par les soins des fonctionnaires de l'Etat compétents, affichés dans toutes les mairies et dans toutes les pharmacies. Le même tableau sera adressé en même temps au ministre de l'intérieur.

Art. 11. Les membres de l'Ordre devront s'interdire toute relation professionnelle avec les médecins non inscrits à une Chambre médicale. Sur les listes générales des médecins qui, conformément à l'art. 15 de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, doivent être établies tous les ans dans chaque département par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire et être affichés dans toutes les communes, les médecins faisant partie de l'Ordre devront figurer à part. D'un autre côté, les éditeurs d'annuaires devront publier, à part, la liste desdits médecins.

Art. 12. Chaque Chambre médicale aura le droit de poursuivre, en se portant partie civile, tout individu exerçant illégalement la médecine.

Art. 13. Les Chambres médicales pourront être consultées par les autorités sur tout ce qui concerne l'enseignement et l'exercice de la médecine et la police sanitaire.

Art. 14. Toutes les fonctions, soit dans les Chambres médicales, soit dans le conseil supérieur, sont obligatoires et gratuites. Les mandats sont renouvelables pour les chambres médicales.

5° *Projet d'organisation présenté au collège des médecins Bruxellois.*

But de l'institution. — Tandis que les Syndicats veillent à la défense des intérêts matériels de la profession, l'Ordre, représenté par son Conseil, a souci de la moralité et de la dignité de la profession. Le conseil puise le respect qu'il inspire dans son autonomie et son pouvoir, dans une consécration légale.

Organisation générale de l'Ordre. — 1. Ceux qui sont inscrits au tableau de l'Ordre en font seuls partie. 2. Chaque année, il est dressé, par les soins des Conseils, un tableau des médecins exerçant dans le ressort des commissions médicales provinciales. 3. Il n'existe qu'un seul et même tableau et un seul Conseil de discipline par ressort de commission médicale provinciale.

Le doyen. — Dans chaque ressort le doyen est le chef de l'Ordre. 2. Le doyen est élu par l'assemblée générale de l'Ordre, par scrutin séparé, à la majorité absolue et avant l'élection des autres membres du Conseil de discipline. Si les deux premiers scrutins ne produisent pas cette majorité, il est procédé à un scrutin de ballottage entre les deux candidats qui, au second tour, ont obtenu le plus de voix. Dans tous les cas de parité de suffrage, le plus ancien est préféré. La durée du mandat du doyen est de six ans ; le doyen sortant n'est pas immédiatement rééligible.

3. Le doyen convoque l'Ordre, il préside l'assemblée générale, il préside le conseil de discipline, il représente l'Ordre, il reçoit les plaintes, il instruit ou fait instruire les affaires, il est consulté sur les difficultés professionnelles, il administre les affaires de l'Ordre.

Le Conseil de l'Ordre. — 1. Dans tous les ressorts, où siègent les commissions médicales provinciales, il sera formé un conseil pour la discipline des médecins.

2. Dans tous les ressorts où le nombre des médecins est de deux cents ou au dessus, les conseils seront composés de *vingt et un* membres. Ils seront composé de *quinze*, si le nombre des médecins est de 100, ou au-dessus. De *neuf*, si les médecins sont au nombre de 50 ou plus. De six, si le nombre des médecins est de 30 ou plus. De *trois*, si le nombre des médecins est au-dessous de 30.

Election des membres du Conseil. — 1. Les membres du conseil sont élus directement par l'assemblée de l'Ordre, à laquelle sont convoqués tous les médecins inscrits au tableau. L'élection a lieu par scrutin de liste, à la majorité relative des membres présents.

2. Dans les localités où il n'existe pas un conseil de discipline, constitué conformément aux lois et règlements, les médecins inscrits au tableau ou, à défaut de tableaux, les médecins pratiquant depuis plus de trois ans, sont convoqués par le doyen du ressort, à l'effet de concourir aux élections mentionnées en l'article précédent. Le plus âgé des médecins présents préside l'assemblée ; les deux plus âgés après lui remplissent les fonctions de scrutateurs ; le plus jeune remplit celles de secrétaire.

3. La durée des mandats des membres du conseil est de six ans, le conseil est renouvelable par tiers tous les deux ans, les membres sortants ne sont pas immédiatement rééligibles. Les deux premières séries sortantes sont désignées par voie de tirage au sort dans la première réunion du conseil.

La liste des membres composant le conseil est transmise, dans la huitaine de l'élection, au ministre compétent et aux médecins du ressort.

Fonctions du Conseil. — Le conseil de discipline sera chargé : De veiller à la conservation de l'honneur de l'Ordre ; De maintenir les principes de probité et de délicatesse qui sont la base de la profession ; De réprimer ou de faire punir, par voie de discipline les infractions ou les fautes, sans préjudice de l'action des tribunaux, s'il y a lieu.

Affaires disciplinaires. — Le conseil peut infliger les peines qui suivent : 1. Avertissement ; 2. Censure ; 3. Réprimande ; Exclusion ou radiation du tableau :

Tout médecin qui, après avoir été trois fois réprimandé, encourrait la même peine, une quatrième fois, sera de droit, rayé du tableau.

Procédure disciplinaire. — Le conseil de discipline statue sur toutes les plaintes qui lui sont adressées ou de son initiative privée.

2. Le conseil de discipline n'exercera le droit d'avertir, censurer ou réprimander, qu'après avoir entendu le membre inculpé.

3. Si un médecin commet une faute grave qui paraisse exiger qu'il soit rayé du tableau, le conseil de discipline ne prononcera qu'après avoir entendu ou appelé au moins trois fois, à huit jours d'intervalle, le membre inculpé qui poura demander un délai de quinzaine pour se justifier ; ce délai ne pourra lui être refusé.

4. Le médecin censuré, réprimandé, ou rayé du tableau, pourra se pourvoir, dans tous les cas, devant le *Conseil de discipline supérieur.* Le pourvoi en appel devra être fait dans le mois de la décision

du Conseil. Il sera adressé au doyen qui le transmettra au ministre compétent.

Le Conseil disciplinaire supérieur. — Pour faire droit aux appels, il est créé un Conseil disciplinaire supérieur. Celui-ci se compose de cinq doyens désignés par le sort pour chaque affaire nouvelle et convoqués par le ministre compétent; le plus ancien préside.

Exécution des décisions du Conseil. — Toute décision du Conseil de discipline portant exclusion ou radiation du tableau des médecins est transmise par le doyen, dans les huit jours de la prononciation, au ministre compétent qui en assure l'exécution.

Incompatibilités. — La profession de médecin est incompatible avec toute espèce de négoce.

6° *Projet de l'Union des Syndicats.*

Art. 1er. — Il est établi, dans chaque département, un *Collège médical* qui comprend tous les médecins y résidant, ayant fait enregistrer leur diplôme conformément à la loi du 30 novembre 1892.

Un décret rendu en Conseil d'Etat pourra créer plusieurs Collèges médicaux par département.

Art. 2. — Chaque Collège médical élira, au début de chaque année, au scrutin de liste, à la majorité absolue au premier tour, relative au second, une *Chambre médicale*, composée de neuf membres.

Le vote se fera à la Préfecture, dans les formes qui seront déterminées par un décret rendu en Conseil d'État.

Il pourra avoir lieu par correspondance.

Art. 3. — La Chambre médicale élira son bureau, composé d'un Président, d'un Vice-Président, de deux Secrétaires et d'un Trésorier.

Art. 4. — Les fonctions de membre de la Chambre médicale seront gratuites.

Art. 5. — La Chambre médicale exercera un pouvoir disciplinaire sur tous les membres du Collège médical et sera appelée à statuer sur toutes les questions relatives à l'honorabilité ou à la dignité professionnelles.

Art. 6. — Elle pourra être choisie comme arbitre dans les contestations entre les médecins, ou entre les médecins et leurs clients.

Dans toute demande en justice intentée par ou contre un médecin, en cette qualité, les tribunaux seront tenus, avant de statuer, de demander l'avis de la Chambre médicale.

Art. 7. — La Chambre médicale dressera annuellement la liste de ses membres qu'elle fera parvenir à l'autorité préfectorale.

Cette liste sera, par les soins de cette autorité, affichée dans les mairies et pharmacies.

Art. 8. — Toutes les fois qu'un médecin sera signalé comme ayant commis un acte contraire à la dignité ou à l'honorabilité professionnelles, la Chambre pourra le citer d'office, huit jours au moins à l'avance et par lettre recommandée, à comparaître devant elle.

Art. 9. — Elle pourra prononcer contre lui, suivant la gravité de l'acte, l'avertissement, le blâme, l'exclusion du Collège médical.

Atr. 10. — Aucune décision ne sera valablement rendue, que si cinq des membres de la Chambre assistent à la délibération.

Art. 11. — Le cas d'exclusion de la Chambre médicale sera susceptible d'appel, dans le mois de sa notification.

Il sera porté devant la Cour d'appel du ressort jugeant disciplinairement.

Art. 12. — La peine de l'exclusion, sans mettre obstacle à l'exercice légal de la profession, entraînera radiation de la liste du Collège médical, privation des droits de vote et d'éligibilité à la Chambre médicale, interdiction de remplir, comme médecin, aucune mission judiciaire, ou d'exercer aucune des fonctions médicales conférées par l'État, les départements, les communes, les établissements publics ou d'utilité publique, les Sociétés de bienfaisance ou de secours mutuels.

Les membres du Collège médical ne devront avoir de rapports professionnels avec le médecin frappé d'exclusion, qu'en cas de nécessité absolue.

Art. 13. — La décision prononçant l'exclusion sera affichée à la Préfecture et à la Mairie de la résidence de l'exclu.

Art. 14. — Le médecin exclu d'un Collège médical ne pourra être admis à faire partie d'un autre Collège médical.

Art. 15. — Le Conseil général votera les fonds nécessaires pour subvenir aux frais des Chambres médicales établies par la présente loi.

7° *Organisation des chambres médicales en Autriche.*

« Tout médecin autorisé à exercer son art, à l'exception des médecins militaires et des médecins fonctionnaires, à moins qu'il n'ait formellement renoncé à cet exercice, doit, en vertu de la présente loi, informer la Chambre médicale dans le ressort de laquelle il s'établit ; il doit lui faire connaître le changement de domicile dans un délai de quatorze jours, et répondre aux questions que la Chambre aurait à lui poser.

Les médecins qui, pour pratiquer la médecine, font un séjour de quelque durée en dehors du ressort de leur Chambre (médecins d'eaux, etc.) doivent en informer leur Chambre et celle de laquelle dépend la localité où ils se rendent.

« Les Chambres médicales seront appelées à discuter et à former des conclusions, sur toutes les affaires qui touchent les intérêts généraux de la profession médicale, ses devoirs, son but, la dignité et la considération du corps médical, le développement de l'hygiène et les réglements sanitaires ; à entrer en relations avec les médecins de la circonscription et avec les autres Chambres médicales; à adresser des mémoires aux représentants de l'autorité et à faire, au gouvernement império-royal, les propositions que lui auront adressées les pouvoirs politiques régionaux.

« Les Chambres médicales donneront leur avis aux autorités sur les questions qui sont de leur compétence ; elles les aideront dans les réglementations des questions sanitaires, particulièrement lorsqu'il s'agira d'y faire participer le corps médical.

« D'autre part, les autorités devront donner aux Chambres médicales l'occasion d'exprimer leur avis sur toutes les affaires qui rentreraient dans le cercle de leurs attributions...

« Chaque Chambre comprendra au moins neuf membres nommés par les médecins du ressort. Un suppléant est nommé par chaque membre... Est électeur et éligible tout médecin qui exerce... Dans cette circonstance le corps médical jouit d'ailleurs d'une autonomie complète, les pouvoirs publics n'intervenant que pour assurer la régularité matérielle de l'élection.

« Sont déchus du droit de vote et d'éligibilité, tous les médecins qui, d'après les lois existantes sont privés de leurs droits électoraux politiques, et ceux que la Chambre médicale déclarera privés d'être électeurs ou élus, ou qui seront soumis par elle à une enquête au point de vue de l'honneur.

« Le mandat ne devra pas être refusé sans motifs valables, et il durera trois années ; au bout de ce temps, les mandataires devront expédier les affaires jusqu'à la nomination de leurs successeurs.

« Les mandataires sortants sont rééligibles, mais ils ne sont pas tenus d'accepter le mandat lorsqu'ils sont nommés une seconde fois, Les médecins âgés de plus de 60 ans peuvent aussi refuser le mandat...

« ... Le bureau de la Chambre médicale, nommé par elle et comme elle pour trois ans, comprend un président, un vice-président, et de trois à sept membres. Il ne peut valablement prendre une

décision que lorsque plus de la moitié de ses membres sont présents à la séance.

« Le président est chargé de représenter la Chambre, de faire les convocations et de présider les séances.

« Le bureau expédie les affaires courantes, veille à l'inscription des médecins praticiens, entretient des relations avec les autorités et les autres Chambres ; il doit rendre compte de son mandat chaque année. La fonction de membre du bureau est purement honorifique. La moitié au moins de ses membres doivent résider au siège de la Chambre médicale ou à son voisinage.

« Le bureau est constitué en tribunal d'honneur dans les contestations et les différends qui s'élèvent entre médecins, toutes les fois qu'un autre tribunal n'est pas particulièrement compétent. Lorsque le bureau fait fonctions de tribunal d'honneur, la présence des trois quarts des membres et une majorité des deux tiers des membres présents, sont nécessaires.

« Lorsqu'un médecin faisant partie de la Chambre médicale se sera conduit d'une façon indigne de la profession, lorqu'il aura manqué aux devoirs qui lui incombent comme membre de cette Chambre, le tribunal d'honneur, après constatation du fait, par une information régulière, peut prononcer les peines de l'avertissement, et, en cas de récidive, du blâme. Dans les cas graves, il peut condammer à une amende allant jusqu'à 200 florins et enfin il peut suspendre temporairement ou retirer définitivement les droits électoraux pour la Chambre médicale.

« Le prévenu, avant le prononcé de la sentence, a le droit de se disculper et il peut, en cas de condammation, en appeler auprès des pouvoirs politiques régionaux...

« La présente loi n'est pas applicable aux médecins militaires en activité de service, ni à ceux qui sont fonctionnaires politiques...

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical des Deux-Sèvres.

14 *Février* 1897.

Présents : MM. Boudard, *Président*, Chatelain, Clais, Durif, Dulout, Gaillard, Gille, Good, Gressin, Martineau, Mayet, Payard, Pillet, Puy-le-Blanc, Quinemaun, Lenoble, Solon.

Excusés : MM. Bayoux, Escure, Guimbertière, Marion, Moreau, Prouket, Riffet.

Enfants employés dans l'Industrie.

Le Préfet a adressé, à presque tous les médecins, une note circulaire leur demandant de délivrer gratuitement des certificats aux jeunes gens âgés de moins de treize ans et employés dans l'industrie. Or il est dit dans la même circulaire que les parents des jeunes gens pourront réclamer un examen contradictoire, lequel serait payé. Il en résulterait que le médecin de l'Administration délivrerait gratuitement le certificat médical, tandis que le confrère appelé par la famille serait payé.

Le Syndicat proteste contre le mode de faire de l'Administration qui sans cesse fait appel au zèle, au dévouement et surtout à la générosité des médecins. Le Bureau est chargé de demander que les certificats médicaux soient toujours payés.

Le Secrétaire,
Dr Dulout.

REPORTAGE MÉDICAL

Un jugement de la Chambre médicale de Vienne vient d'enlever le droit de vote à 19 médecins qui, malgré avertissement, continuaient d'offrir leurs soins au public par des annonces dans les journaux.

— *Les vaccinations antirabiques à l'Institut Pasteur.* — Au cours de l'année 1896, il a été pratiqué à l'Institut 1308 vaccinations, et on a noté 4 cas de décès seulement : ce qui donne une mortalité de 3 pour mille. Ce sont les départements du Midi et ceux de la banlieue parisienne qui fournissent le plus gros contingent de morsures.

— *Appel des médecins de réserve et de territoriale en 1897.* — Le ministre de la guerre vient de décider que l'appel des médecins de la réserve et de l'armée territoriale aurait lieu, en 1897, dans les conditions suivantes :

371 médecins de réserve seront convoqués, savoir : 5 médecins-majors de 2e classe ; 40 médecins aides-majors de 1re classe ; 326 médecins aides-majors de 2e classe ;

211 médecins de la territoriale seront convoqués, savoir 30 médecins-majors de 2e classe ; 90 médecins-majors de 1re classe ; 91 médecins aides-majors de 2e classe.

Les médecins de réserve et de l'armée territoriale sont convoqués par le directeur du service de santé et sur le territoire du corps d'armée ou gouvernement militaire dont ils relèvent par leur affectation.

Toutefois, les médecins affectés à l'Algérie, à la Tunisie ou à la Corse et résidant en France, seront convoqués, après entente entre généraux commandant de corps d'armée où ils ont fixé leur domicile.

Dans chaque corps d'armée ou gouvernement militaire, le directeur du service de santé statue sur les demandes qui lui seront adressées par les médecins de réserve et de l'armée territoriale en vue d'obtenir soit un sursis ou un devancement d'appel, soit une autorisation de stage sans solde ou un changement de lieu de convocation dans l'intérieur du corps d'armée ou du gouvernement militaire.

Les demandes des médecins qui désireraient accomplir sans solde, à une date ou dans une garnison à leur convenance, la période d'instruction pour laquelle ils ont été ou doivent être convoqués, ne seront accueillies par le directeur ci-dessus désigné que s'il est possible de satisfaire aux exigences du service par la convocation d'autres médecins du même grade.

— *Hôpital Saint-Joseph.* — Lundi 28 juin, aura lieu à l'hôpital Saint-Joseph, rue Pierre-Larousse, 5, Paris, un concours pour la nomination à quatre places d'internes titulaires et à cinq places d'internes provisoires. Pour les renseignements, s'adresser à M. le Dr Tison ou aux autres chefs de service.

Association de la presse médicale française. — Comité français du XIIe congrès international de Moscou. — Excursion au Caucase.

Le Comité central du Congrès de Moscou vient de régler l'excursion au Caucase de la façon suivante :

1° Un train spécial, aménagé pour 100 personnes, quittera Moscou à la fin du Congrès pour Kislovodsk, dans le Caucase du Nord, où un arrêt de deux jours aura lieu pour permettre à ses membres de pouvoir visiter le groupe de villes d'eaux minérales dont Kislovodsk est le centre.

2° De Kislovodsk, le train ira à Vladikavkaz (Vladicaucase) point terminus de la ligne. Là, il y aura à choisir entre deux voies. L'une, celle de Tiflis par la route militaire de la Géorgie, passera à travers les plus beaux paysages du Caucase. L'autre conduira à Petrofsk, port de la mer Caspienne. De là un vapeur spécial conduira les

membres du congrès à Baku (Bakou) où aura lieu un arrêt d'un jour. De Baku, les excursionnistes seront conduits par le train à Tiflis où ils rejoindront les membres qui auront choisi le premier itinéraire.

3° De Tiflis, le train condulra les voyageurs à Batoum sur la mer Noire, où ils auront un jour ponr visiter la ville et les plantations environnantes de thé et de coton.

4° De Batoum, on ira par vapeur à Sukhum, New Athos, et Novorossusk ; d'où un train spécial ramènera à Moscou les congressistes.

Le prix de ce voyage circulaire sera seulement de 150 fr. (liv. st. 6.) Il n'y aura *pas de dépense d'hôtel* car des arrangements ont été pris pour permettre aux voyageurs de coucher chaque nuit soit dans le train, soit à bord du vapeur. *La seule dépense à faire sera celle de la nourriture*, qui n'est pas comprise dans le prix de 150 fr. — Le voyage entier durera exactement quinze jours,

Si plus de 100 membres du Congrès demandent à faire cette excursion, un second train de voyageurs sera adjoint au premier.

Le Secrétaire Général,
Marcel BAUDOIN.

— *Condamnation d'une sœur.*— Le tribunal de Moutiers vient de condamner à 500 fr. d'amende et aux dépens une sœur de la congrégation de Saint-Joseph pour exercice illégal de la pharmacie. Cette sœur est à la tête de la pharmacie de l'hôpital de la commune de Bourg-Saint-Maurice (Savoie).

(*Lyon médical.*)

— *Un don important.*— Par décret, l'Université de Lyon a été autorisée à accepter la donation d'une somme de 100.000 francs faite à son profit par Mc Augustin Falcouz.

Cette libéralité sera alternativement employée à la fondation de quatre prix biennaux qui, sous le nom de *Prix Etienne Falcouz*, seront respectivement décernés, dans chacune des quatre Facultés de droit, de médecine, des sciences et des lettres de ladite Université, à l'auteur du meilleur mémoire sur une question d'actualité et à l'acquisition biennale d'instruments destinés aux laboratoires des Facultés de médecine et des sciences.

—*L'assistance médicale en* 1895. — Nous venons de lire le volumineux et très intéressant rapport, présenté sur ce sujet au Ministre par M. Henri Monod, directeur de l'Assistance au ministère de l'intérieur. M. Monod y rend pleine justice à la charité des médecins dans le passé, à la modestie et au bien fondé de leurs exigences dans l'organisation nouvelle, à l'utilité de leur concours dans les travaux auxquels les conseils généraux ont dû se livrer à ce propos. Il constate que les 2/3 des départements ont adopté le système landais avec rémunération à la visite ou à l'abonnement, l'autre tiers étant resté fidèle au système des circonscriptions, et prouve que l'un et l'autre peuvent donner les meilleurs résultats quand l'expérience aura fait disparaître certaines pratiques fâcheuses tel que la réduction proportionnelle. Nous n'avons pas été étonnés de voir citer dans ce travail, comme modèle à suivre, le rapport annuel sur le service du Loiret, fourni par le Dr Gassot. En revanche, il nous a paru que certaines préfectures avaient très insuffisamment renseigné le Minlstère, sur les efforts et les résultats observés dans leurs départements. Les médecins seraient-ils, au besoin, même en matière de chiffres et d'écritures, des fonctionnaires plus actifs que les bureaucrates attitrés ?

— *Le secret professionnel et les assurances.* — M. le Dr Lereboullet, Directeur du service médical de la Foncière, vient d'adresser à ce titre, aux médecins de cette compagnie, une lettre, dans laquelle il leur indique les moyens de rédiger et fournir les certificats d'examen en observant toutes précautions relatives à la sauvegarde du secret professionnel.

Il faut rendre justice à la bonne intention qui a dictée cette lettre, alors même qu'on ne serait pas absolument convaincu de l'efficacité absolue des mesures proposées pour couvrir l'examinateur contre la rancune des examinés.

Mais tous nos confrères et M. le Dr Lereboullet lui-même, quand ils auront considéré le questionnaire auquel doit répondre l'examinateur, seront certainement d'avis que l'établissement de ces certificats, doit entraîner des honoraires d'au moins 25 fr.

Puis un autre scrupule pourra leur venir. Ces certificats sur imprimés sont-ils exempts du timbre ? N'avons nous rien à redouter de l'enregistrement, en cas de litige surtout ?

D'une façon générale du reste, nous nous sommes demandé pourquoi les certificats aux compagnies d'assurances échappaient au timbre, et nous n'avons signé qu'avec hésitation.

— *Jubilé du Pr Guyon.*— Les élèves du professeur Guyon ont résolu de fêter à Necker, le 1er juillet prochain, le 30e anniversaire de l'entrée du maître comme chef de service dans cet hôpital. Il y aura visite dans les salles, déjeuner, et remise d'un souvenir commémoratif.

— *La Revue Philanthropique.* — Qui dit médecin dit philanthrope, et nous pouvons ajouter, philanthrope compétent et éclairé. Les lecteurs du « *Concours médical* », qui s'intéressent si vivement à la solution des problèmes de l'assistance, de l'hygiène, de la prévoyance, nous en voudraient avec raison de ne pas leur signaler l'apparition de la *Revue philanthropique*, dont le vaste programme embrasse toutes les questions qui préoccupent les altruistes que nous sommes. Celles-ci y seront traitées par les plumes autorisées de MM. Paul Strauss, H. Monod, Napias, Dr Th. Roussel, Dr Budin, Hector Depasse, etc... que leurs études spéciales ou les fonctions qu'ils occupent, ont admirablement préparés à cet enseignement.

Le premier numéro de cette publication que nous avons sous les yeux, donne parfaitement l'idée de l'impatience avec laquelle les suivants seront attendus chaque mois, et nous sommes convaincus que les médecins y trouveront matière à heureuses applications autant que distraction passionnante sur le domaine professionnel.

Nous souhaitons donc tout le succès possible à ce nouvel organe d'études sociales, dont l'utilité est des plus évidentes. (*La Revue philanthropique* paraît le 10 de chaque mois, chez Masson et Cie, éditeur, 120, Boulevard Saint-Germain. Abonnements : un an, 20 fr., six mois, 12 fr. Le numéro, 2 fr.)

— Vient de paraître à la librairie Félix Alcan et aux Bureaux du *Progrès médical*, 14, rue des Carmes, à Paris, le recueil des leçons faites par M. le professeur *Terrier* sur la chirurgie de la plèvre et du poumon.

— Chez Rueff, 106, Boulevard Saint-Germain, pour le prix de 12 francs, deux volumes de synthèse hydrologique, intitulés : Thérapeutique et Clinique hydro-balnéaires des Pyrénées, par M. le Dr Garrigou.

C'est un ouvrage très intéressant et très documenté, fort utile à cette époque de l'année, où se décident les traitements hydro-minéraux.

— A la librairie Maloine, 21, Place de l'Ecole de Médecine à Paris l'*Annuaire des Eaux minérales, stations climatiques, sanatoria, établissements hydrothérapiques et bains de mer* (*France et Etranger*); prix, 1 fr. 50 le volume.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur VACARY, de Saint-Rambert-d'Albon (Drôme), membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 22 29 Mai 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Syndicats ouverts, syndicats fermés.

Quand un médecin sollicite son admission dans une société professionnelle, il est d'usage assez général d'exiger qu'il soit présenté par un ou deux parrains, s'il est inconnu. En revanche, s'il est déjà membre d'une autre société, il est non moins admis que cela le dispense de la recommandation.

Ce sont là des égards, que nos diverses associations ont les unes pour les autres, et qui semblent bien naturels.

Dans les syndicats, en particulier, on a l'habitude d'ouvrir les bras avec enthousiasme, au syndiqué de la région, qui, s'étant déjà mis d'accord avec ses voisins de droite, vient donner à ses voisins de gauche, la meilleure preuve de solidarité, en s'inscrivant aussi à leur groupe. C'est un bon appoint de plus, ce convaincu qui n'hésite pas devant la double participation ; appoint d'autant meilleur, qu'il servira de trait d'union, et que souvent, s'il s'enrôle dans une deuxième troupe, c'est parce que la première marchait trop lentement à son gré.

Nous connaissons beaucoup de médecins, qui cotisent ainsi à deux ou même trois syndicats, discutant une question ici, l'autre là, doublement utiles à leurs confrères parce qu'ils sont généralement actifs et bien documentés. Loin de chercher à les cantonner dans leur groupe local, on les fête, quand ils sortent de leur région, pour aider ailleurs à l'étude d'une question embarrassante.

Aussi avons-nous vu, avec étonnement et regret, le Syndicat des médecins de la Seine introduire, l'autre jour, dans ses statuts, une disposition, qui exclut de ses rangs tout médecin déjà syndiqué dans le département, sous un autre titre.

Les membres du *Concours médical*, qui ont créé le mouvement syndical en France, ne comprendront guère cette mesure restrictive. Ils n'avaient pas songé, dans leur rêve de large solidarité sous toutes ses formes, entre les sociétés comme entre les individus, à la constitution des syndicats en petites chapelles closes, hors desquelles les membres ne pourraient communier avec personne.

Que des divergences de vues pussent se produire au sein de ces sociétés ; que, sur un point déterminé, un syndicat dut penser d'autre façon que son voisin, cela était prévu. Mais, tout conflit ne devait-il pas se résoudre par les négociations, les transactions, l'arbitrage ? (1) Cela semblait plus rationnel, plus politique et plus digne que de procéder par des mises à l'index, ou des mises à la porte.

Celles-ci n'auront eu qu'un résultat : transformer en division complète ce qui n'était qu'un désaccord nullement définitif.

De plus, par une coïncidence malheureuse qui sera sûrement exploitée, c'est au moment où l'on parle de l'*Ordre des médecins*, que se produit cette scission officielle.

Elle n'est pas de nature à faire disparaître les appréhensions de ceux, qui repoussent cette création, parce qu'elle leur paraît ouvrir la porte à des excommunications prononcées de parti pris !

En résumé, quelqu'explication qu'on nous donne de la décision prise par nos confrères du Syndicat de la Seine, il restera difficile de la considérer comme autre chose que l'accentuation d'une discorde et une mesure de combat, qu'il serait fâcheux de généraliser.

Cela n'est pas fait pour réjouir les fanatiques de la solidarité.

Et, s'il nous est permis de dire toute notre pensée, nous signalerons que c'est sortir de l'esprit syndical que d'agir de la sorte. Nous nous souvenons de ces paroles prononcées par M. le sénateur Trarieux à un banquet du « Concours » :

« Si l'usage de la liberté est à enseigner à ce pays, ne sont-ce pas des syndicats comme les vôtres, qui devraient être proposés pour modèles à cause de leur tolérance ? »

---

(1) N'était-il pas indiqué de porter le litige devant ce tribunal de conciliation, qui s'appelle l'*Union des Syndicats*, et qui par son nom même, a reçu mission de rechercher les solutions pacifiques ?

LA SEMAINE MÉDICALE

Thrombose et placenta marginé.

M. le Dr *Delore*, de Lyon, ayant eu l'occasion de rencontrer deux placentas marginés, sur 200 placentas qu'il a examinés, croit avoir trouvé la véritable cause de la margination du gâteau placentaire. Disons d'abord que ce genre de placenta, encore appelé *bordé* ou en *collerette*, est caractérisé par un bourrelet rigide, saillant sur la face fœtale et suivant la ligne circulaire où cette face est perforée par les branches terminales des vaisseaux ombilicaux.

Le rebord aigu est constitué par une plicature de l'amnios et du chorion, au-dessous de laquelle est un tissu d'un blanc grisâtre.

Il est bon de rappeler l'organisation anatomique de la face fœtale du placenta :

Au-dessous de l'amnios et du chorion, on voit les vaisseaux qui émanent du cordon et qui divisent nettement cette face en deux parties bien distinctes. L'une est centrale et sillonnée par les vaisseaux fœtaux qui pénètrent à angle droit la membrane chorio-allantoïdienne et qui sont pour elle un lien irréductible. L'autre est périphérique ; c'est la *marge* normale ; elle a de 2 à 3 centimètres de large. A l'exception d'une ou deux artérioles, elle n'est pas envahie par les vaisseaux du fœtus qui limitent nettement son bord concentrique. Elle peut donc se décoller sans trop de difficulté.

Au-dessous du *chorion*, nous trouvons, à la périphérie, la *grande veine circulaire*, et dans tout le reste, la *région des aréoles et des grandes lacunes*. Par cette face profonde, le chorion sert de plancher *aux espaces* où circule le *sang maternel* en un mot, la face profonde forme la paroi d'un grand vaisseau de forme spéciale.

Dans les *sinus utérins*, le sang circule avec activité ; dans les *sinus placentaires* le sang circule avec lenteur, comme dans les *varices*, et par conséquent, il n'est pas étonnant que, sous une influence morbide, même légère, il soit facilement envahi par la *thrombose*. Les THROMBOSES du placenta sont tellement fréquentes qu'on en rencontre dans la majorité des cas.

Elles peuvent *siéger* partout, car le placenta est un organe exclusivement organisé pour la circulation.

On les observe : *sous la caduque*, où leur couleur blanchâtre et leur induration les décèle ; dans l'*intérieur des cotylédons*, d'où elles se propagent du côté de la caduque et du chorion. Les cotylédons périphériques sont envahis de préférence, mais les deux sièges de prédilection sont dans la grande veine circulaire et sur le plancher de la région aréolaire, où on les aperçoit à travers la paroi fœtale.

En résumé, voici, d'après M. Delore, quelle est la théorie rationnelle de la *collerette :* le sang s'est coagulé ; la fibrine adhérente au chorion s'est rétractée ; dans quelques circonstances, cette rétraction a produit une bride et même une dénudation de la région marginale ; cette dénudation a une limite anatomique ; c'est la zone circulaire où les vaisseaux fœtaux se coiffent du chorion, qui est, pour ainsi dire, capitonné, pour pénétrer dans la cavité placentaire. Ce point précis ne peut être franchi par le décollement marginal. Dans les cas où les vaisseaux entrent dans le placenta à un centimètre de son bord, le décollement est nécessairement moindre.

Comme on le voit, au point de vue *étiologique* de cette variété de placenta, on n'est pas en droit d'invoquer une hémorrhagie ; les véritables hémorrhagies se font en dehors du sinus circulaire et s'insinuent entre la caduque et l'utérus pour couler souvent à l'extérieur.

Le rôle de l'utérus est absolument nul dans le *placenta bridé*.

Que la femme au cours de sa grossesse ait éprouvé des phénomènes morbides ; qu'il y ait relation entre ces malaises et la *thrombose*, ceci est une autre affaire ! car la fréquence des

---

FEUILLETON

Supplément aux dialogues des morts de Lucien.

Le temps passe. Tout meurt. Le marbre même s'use.
Agrigente n'est plus qu'une ombre et Syracuse
Dort sous le bleu linceul de son ciel indulgent !

Mercure. — Quand réglerons-nous nos comptes, nocher !

Charon. — Par Pluton, je voudrais bien pouvoir te rembourser les drachmes et les oboles que je te dois ; mais pour le moment, c'est impossible. — Ça ne va pas là-haut et je ne compte plus que sur une bonne épidémie, ou une guerre meurtrière, pour recevoir du monde et réaliser quelques bénéfices.

Mercure. — Oui, je sais ; quoique les descendants d'Esculape soient de plus en plus nombreux sur la terre, on meurt beaucoup moins que par le passé, ce qui pourrait bien prouver, malgré les critiques, que leurs conseils ont du bon et contribuent à sauver des existences.

Mais pour me faire moins attendre, tu pourrais surfaire le prix du passage.

Charon. — Certes, je ne suis pas facile à attendrir, mais franchement je n'ose pas, car ce sont surtout des médecins, que je reçois en ce moment et dans quel état ! pâles, d'une maigreur effrayante, après avoir mené la plus chétive existence. La plupart sont morts de faim ou de désespoir, pour avoir trop prêché la continence et la modération à leurs semblables. Ils ont découvert le vaccin préservateur de la plupart des maladies et leur philanthropie les a réduits à la misère.

Ménippe. — Pas tous ; il n'y a que les petits qui aient été victimes de leur humanité ; pas mal d'autres, tout en se dévouant beaucoup moins, ont empoché la forte somme. — Voici l'un des plus illustres qui s'avance ; tu vas pouvoir faire de l'usure, Charon.

Mercure. Je le reconnais en effet ; il était fort recherché dans Athènes. Il méprisait les dieux de l'Olympe, ce qui ne l'avait pas empêché de se considérer comme étant d'essence divine.

Dédaigneux de ses semblables, grisé par l'amas oppressif de ses connaissances, il avait chassé de son cœur la simplicité, la compassion, la tolérance ; c'est à peine s'il subsistait quelques restes de sentiments humains sous son scepticisme impitoyable et sa physionomie impassiblement morne. Il ne se dépensait que pour ceux qui s'étaient prodigués pour lui, n'abaissant ses regards que sur ses adulateurs attitrés.

Ceux qui ne faisaient pas partie de cette phalange obséquieuse et soumise, auraient en vain frappé à sa porte ; elle leur restait fermée sans merci. L'équité

thromboses placentaires semble indiquer un but important ! M. Delore considère les thromboses comme la défense de l'organisme fœtal contre le microbe qui, ayant échappé à la phagocytose, circule dans le sang maternel.

Le placenta préserve le fœtus par coagulum sanguin et oblitération villeuse. Les bactéries, d'après Roux et Balzer, s'attachent aux parois des vaisseaux et y produisent une sclérose parasitaire. Ce fait est fréquent au contact des villosités.

En terminant, M. Delore fait observer que la thrombose, sous toutes ses formes, s'observe habituellement dans les placentas des *syphilitiques*, des *tuberculeuses*, des *albuminuriques*, des *varioleuses*, etc.

Traitement des rétrécissements traumatiques de l'urèthre membraneux.

D'après M. le Dr *E. Ravanier*, les rétrécissements inflammatoires n'existent pas à la région membraneuse : on n'y rencontre que des rétrécissements cicatriciels consécutifs à des ruptures du canal (1)

L'accident originel est presque toujours une fracture verticale du pubis, de cause indirecte, ou une disjonction symphysienne. Très exceptionnellement, la fracture, de cause directe, peut être due à une chute à califourchon.

D'ordinaire, le tissu de cicatrice est muqueux et extra-muqueux ; cependant, il peut y avoir, dans certains cas, intégrité relative de la muqueuse.

Le rétrécissement peut constituer une virole, ou, au contraire, siéger sur l'une des parois du canal.

Le rétrécissement à marche très lente est une réalité : il est très rare.

Franchissable, le rétrécissement membraneux est justiciable de la dilatation ou de l'uréthrotomie interne, voire des deux méthodes combinées. Et, par parenthèse, rien ne démontre péremptoirement que l'uréthrotomie interne doive être faite exclusivement sur la paroi inférieure, quoi qu'en disent les auteurs classiques.

Il faut rejeter l'uréthrotomie externe, car elle ne permet jamais à elle seule de retrouver le bout postérieur. Il ne faut pas non plus tenter l'excision du rétrécissement de l'urèthre membraneux, suivie de suture des deux bouts.

Infranchissables, les rétrécissements membraneux sont justiciables du cathétérisme rétrograde.

Celui-ci doit être exécuté d'emblée : il est inutile de tenter la recherche du bout postérieur par la seule voie périnéale.

Le manuel opératoire est relativement simple. Le voici brièvement exposé : Tout d'abord, le ballon de Pétersen n'est pas indispensable.

Il ne faut pas songer à réaliser l'asepsie immédiate du réservoir urinaire, la présence du rétrécissement s'opposant à l'introduction du liquide antiseptique dans la vessie. Mais on fera bien de recourir à l'antisepsie médicale en administrant par la voie buccale du benzoate de soude, du salol ou du santal salolé.

Il ne faut pas d'ailleurs se faire illusion sur l'efficacité des antiseptiques absorbés par la bouche et leur accorder une action bien intense ; mais ce serait une erreur de les considérer comme inutiles, et de renoncer à leur emploi.

L'uréthrotomie externe après cathétérisme rétrograde comprend 6 temps.

Premier temps. — Incision hypogastrique. L'incision longitudinale est aujourd'hui généralement adoptée, l'incision transversale ne présente aucun avantage : elle a, de plus, l'inconvénient de sectionner les muscles droits et, par conséquent, de laisser, après guérison, la paroi abdominale notablement affaiblie.

L'incision verticale doit avoir dix centimètres environ et descendre à 2 centimètres au-dessous du bord supérieur du pubis. Mais n'insistons pas sur les détails de l'incision pariétale. Disons

(1) Thèse de Paris, 1897.

---

ne serait pas parvenue à l'entrebailler ; le népotisme seul avait ses libres entrées.

Ménippe. — Vous ferez moins de difficultés, j'en suis sûr pour le recevoir ici, d'autant plus qu'il vous a envoyé jadis beaucoup de monde. Hélas ! sa puissance, bonne ou mauvaise, ne lui sera plus d'aucune utilité. Cerbère lui-même ne se laisserait pas séduire, s'il voulait intriguer pour empêcher quelqu'un de passer le noir Achéron. Ah ! il peut déposer sur le rivage tout l'attirail, désormais superflu, de sa suffisance, de sa sécheresse altière et même son fameux savoir, la géométrie psychologique de sa maturité pensive. Lui et ses travaux fastueux ne seront bientôt plus que poussière, songes creux et vains fantômes. La fumée glorieuse s'est évanouie.

Le temple est en ruine, au haut du promontoire !

Pluton. — Pour moi, j'aurais préféré que les destins le laissassent vivre aussi longtemps que Tithon et nous eussent envoyé à sa place ceux qui convoitaient tant sa succession. J'aurais bien ri de les voir descendre les premiers, enlevés au milieu de leurs rêves de fortune. — Etaient-ils assez empressés ; ont-ils assez fait de sacrifices aux immortels, pour que sa précieuse santé fut conservée, et cependant ils n'aspiraient rien tant qu'à se partager son influence et ses places.

Ménippe. — Bah ! Il a assez longtemps déçu leurs espérances et tenu leurs ambitions en haleine. Nous aurons au moins la satisfaction de contempler un de ses disciples, le plus flatteur et le plus aimé par conséquent. Il a dû trépasser rongé par l'envie.

Diogène. — C'est bien fait. Nous autres, quand nous vivions, nous n'avions pas entre nous de ces arrière-pensées ; pour mon compte, je n'ai jamais souhaité la mort d'Antisthène afin d'hériter de son bâton. Toi non plus, Cratès, j'en suis sûr tu n'aurais point voulu hâter ma mort de tes vœux, pour avoir un peu plus tôt ma besace et mon tonneau.

Cratès. — Certes non ; il y a des trésors plus précieux que tu m'avais transmis, la sagesse, la modération, l'amour du vrai, de la liberté, la franchise et l'indépendance ; mais ce sont des dons que bien des hommes apprécient fort peu, et je soupçonne le nouveau venu qui a l'air si déconfit, d'avoir été séduit par des richesses plus palpables, par des mobiles plus ambitieux

Diogène. — Nous sommes entrés, ici, sans nous faire prier, sans résistance ; nous avons même mis la main à la rame et nous étions les seuls passagers qui ne pleuraient pas. Celui-ci au contraire et quantité de ses pareils, qui faisaient les esprits forts et prétendaient ne pas craindre le Styx, le fleuve inexorable, perdent leur impassibilité dès qu'ils en approchent. Ils font mille grimaces et se désespèrent, lorsqu'ils ont mis le pied dans l'abîme et vu de près les sombres ténèbres. S'ils ont tant peur d'être fustigés par Eaque, c'est que sans doute

seulement que chez certains vieux rétrécis, le bistouri, après incision de la peau, divise une couche, souvent épaisse de plusieurs centimètres, de tissus lardacés, dont l'aspect ne rappelle que de loin celui des couches musculo-aponévrotiques normales. On arrive, en somme, avec plus ou moins de facilité jusqu'à la vessie, qui est alors ouverte : une incision de 2 centimètres suffit (Guyon) ; ses bords sont repérés par deux fils confiés à un aide.

Deuxième temps. — La vessie étant ainsi ouverte, il reste à introduire le cathéter rétrograde. L'inconvénient des cathéters à courbure normale, celui de Sims, par exemple, est de ne pénétrer aisément dans le col de la vessie qu'avec une longue incision, aussi recommandons-nous l'emploi du cathéter construit par Collin sur les indications de MM. Farabeuf et Guyon.

Cet instrument sera facilement engagé dans le col, en dirigeant d'abord son bec vers le fond de la vessie et en le ramenant ensuite vers le col ; il arrivera ainsi facilement en contournant la symphyse, jusque dans les profondeurs du périnée. Le cathéter rétrograde ainsi placé est confié à un aide et, après avoir placé le malade dans la position de la taille, on procède à l'uréthrotomie externe proprement dite. C'est le *troisième temps.* On confie à un aide un cathéter cannelé et boutonné, introduit d'avant en arrière, dans l'urèthre et qui vient buter contre l'obstacle. L'incision périnéale peut être faite de trois façons : verticale, transversale ou combinée. Verticale, elle ne donne peut-être pas assez de jour pour remonter jusqu'à l'urèthre postérieur, nous préférons l'incision transversale ou en Y, ainsi que la pratique le professeur Guyon. Cette incision conduit jusqu'à l'urèthre, dont on arrive à sentir le bout postérieur coiffant le bec du cathéter. Dès lors, le rétrécissement à franchir ou à inciser se trouve limité entre les deux cathéters.

Le *quatrième temps* de l'opération consiste dans l'incision du rétrécissement et le placement d'une sonde à demeure. Sur le bec du cathéter rétrograde, senti plus ou moins profondément, on incise les tissus qui le recouvrent. Puis, introduisant par le méat une sonde en caoutchouc rouge, on fixe son extrémité au bec du cathéter rétrograde ; on la ramène avec celui-ci dans la vessie et on la fixe par un point de suture à une lèvre du méat. Au lieu d'une sonde de Nélaton, on peut employer une sonde bougie n° 20.

Cette dernière partie du manuel opératoire varie un peu avec les opérateurs. Ainsi, le professeur Guyon fait d'abord passer la bougie de l'incision périnéale dans la vessie ; puis il la fait passer par l'urèthre antérieur, d'arrière en avant, au moyen d'une bougie introduite par le méat et préalablement fixée au pavillon de la sonde. Ce sont là des détails sans grande importance.

Cinquième temps. — Traitement de la plaie périnéale. — Par dessus la sonde à demeure, il faut faire une suture à étages de tous les tissus situés au-devant de l'urèthre, c'est-à-dire une vraie périnéorrhaphie, après avoir réséqué la plus grande partie des callosités. Il serait chimérique de s'attendre toujours à la réunion immédiate de ces tissus dégénérés et infiltrés ; néanmoins la chose est à tenter.

Sixième temps. — Traitement de la plaie hypogastrique. — Faut-il la fermer ou la laisser béante ? Cela dépend de l'état de la vessie. S'il existe *une infection prononcée* mieux vaut la laisser ouverte et en assurer le drainage au moyen des tubes de Périer-Guyon. Si, au contraire, la vessie est saine ou atteinte d'inflammation légère, il est indiqué de la fermer immédiatement.

Soins consécutifs. — L'opération terminée, il faut s'assurer, par une injection d'une solution tiède d'acide borique, poussée avec précaution au moyen d'une seringue, que la sonde fonctionne. On adapte ensuite à la sonde à demeure un long tube en caoutchouc qui plonge dans un vase placé au pied du lit et rempli d'une solution antiseptique.

Deux fois par jour, il faut faire un lavage vésical, lavage qui présente le double avantage

---

leur conscience n'est pas en repos et qu'ils sont influencés par de tardifs remords.

Proserpine. — Par Cerès, ma mère, aurez-vous bientôt fini de critiquer ; vous ne seriez vraiment pas déplacés dans certaines coteries doctorales, où on ne cherche qu'à ridiculiser le voisin et à le supplanter. Ayez donc un peu plus de déférence pour ces infortunés.

Ménippe. — Notre verve caustique est aiguisée par leur mégalomanie, par leurs prétentions, qui sont bonnes à fronder et à fouailler. Qu'ils soient plus modestes et nous serons plus indulgents, car enfin leur crâne, siège de leur arrogance et de leurs billevesées, est aussi dénudé que le nôtre ; leur nez, est non moins camard ; leurs yeux, joyaux jadis animés, après avoir supporté la fatigue de la vie, ont subi la corruption de la mort, et surtout nous fûmes moins esclaves de notre vivant. Qu'ils apprennent à s'accommoder de notre égalité toute populaire, qui nous affranchit de mille besoins, et à se contenter du présent, puisqu'ils n'ont pas su profiter du passé. C'en est fait de tout ce fatras poudreux, qui naguère encore était l'orgueil et l'espoir d'une génération.

Minos, d'une voix terrible. — Allons, les rhéteurs, les mauvais riches, les aigrefins, les marchands de sagesse et les thérapeutes, passez au tribunal ; chacun va rendre compte de sa vie ; il y aura des châtiments, des roues, des vautours et des rochers pour tous ceux qui n'eurent pas les entrailles sensibles, qui furent sans pitié pour la veuve et l'orphelin, qui ne songèrent qu'à eux et jamais à leurs voisins.

En revanche, je fais grâce de la comparution et de toute nouvelle peine à cette sombre bande de médecins, qui sont encore apitoyés des misères d'autrui, qui n'eurent qu'à soigner des misérables, de pauvres esclaves parqués comme des troupeaux dans les tanières des cités ou des campagnes.

Malgré les déboires et les côtés répugnants de leur ministère, malgré la cuisante atteinte des ingratitudes et l'âpre morsure des abandons, des reniements, il y apportèrent du zèle et du dévouement. Ils ont eu, en outre, le rare mérite de ne pas se plaindre, de ne pas réclamer à Zeus de les convier de nouveau à l'œuvre obscure et barbare de la vie et de ne rien vouloir conserver avec eux, ce qui d'ailleurs serait parfaitement inutile.

Ils ont appris, durant leur corvée terrestre, à souffrir en silence. Leur résignation mérite récompense.

Qu'ils aillent boire à grands traits l'eau du Léthé ; qu'ils en boivent à profusion, afin d'oublier plus vite, afin de se consoler de la perte de ceux qui leur furent chers.

Patience ; ils ne tarderont pas à vous rejoindre !

D[r] Grellety (de Vichy).

de nettoyer la sonde et d'aseptiser la vessie.
La sonde à demeure doit être enlevée du 8e au 12e jour et ne plus être remplacée. Le jour où la sonde est enlevée, on laisse le malade au repos, mais dès le lendemain, il faut commencer à passer des bougies Béniqué.
Les tubes siphons seront enlevés le 4e ou le 5e jour. La mortalité est nulle et les résultats thérapeutiques très satisfaisants.

MÉDECINE PRATIQUE

Tuberculose génitale.

Les organes génitaux de l'homme et ceux de la femme peuvent être atteints par le bacille de Koch, comme les organes urinaires. Testicules, épididymes, prostate et vésicules séminales, d'une part ; ovaires, trompes, utérus, vagin, d'autre part, sont susceptibles de s'infecter de tubercules, soit isolément, soit simultanément comme nous allons le voir dans cette étude.

I

ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME.

A. Testicules.

La tuberculose testiculaire est une affection de la période d'activité génitale de cette glande ; elle ne se montre donc guère avant 15 ans en moyenne et se rencontre rarement après 65 ans. Les cas les plus nombreux s'observent entre 15 et 35 ans, âge habituel de la blennorrhagie uréthrale et épididymaire. Il y a, en effet, un rapport indiscutable entre l'infection bacillaire et l'infection blennorrhagique, pour la tuberculose génitale, comme pour la tuberculose urinaire : soit que la blennorrhagie crée le terrain favorable à la pullulation du bacille de Koch, soit que les écoulements vaginaux contaminants, ayant l'apparence blennorrhagique, soient, en réalité, des sécrétions muco-purulentes purement bacillaires. La tuberculose testiculaire reste souvent localisée, sans tendance à la généralisation ; comparée à la fréquence de la tuberculose pulmonaire, elle se rencontre dans la proportion de 2 pour 100 (Reclus). Il est bon de remarquer que la tuberculose testiculaire peut se déclarer chez les sujets ayant les apparences de la santé la plus florissante ; mais plus souvent, elle apparaît chez des hommes ayant eu ou ayant encore d'autres manifestations tuberculeuses, surtout aux poumons. L'infection testiculaire peut aussi se produire par voie descendante, et provenir du rein, en passant par la prostate et les vésicules séminales. Chez l'enfant, cette infection peut se faire directement par le péritoine et la vaginale, communiquant ensemble, au moyen du canal péritonéo-vaginal non oblitéré.

Les lésions tuberculeuses du testicule sont les suivantes : infiltration caséeuse disséminée, nodulaire ou massive du parenchyme testiculaire, ramollissement, cavernes, suppuration et fistules. L'épididyme est fréquemment infecté sans le testicule, mais celui-ci ne paraît jamais envahi sans l'épididyme. Ajoutons que, la plupart du temps, la tuberculose est unilatérale. Disséminés sous forme de quelques noyaux isolés dans la tête ou dans la queue de l'épididyme, ou infiltrés, envahissant tous les éléments de la glande, enveloppés d'une masse fibreuse de nouvelle formation, les follicules tuberculeux donnent à la coupe une apparence assez analogue à celle d'un marron d'Inde sectionné par le milieu.— La tunique vaginale vascularisée, épaissie, présente des adhérences totales ou partielles, entre lesquelles se collecte un épanchement jaune verdâtre, ayant une densité supérieure à celle de l'hydrocèle. On y rencontre parfois des granulations tuberculeuses et des bacilles de Koch. Les lésions du scrotum diffèrent notablement, si le testicule et l'épididyme seuls sont envahis ou si leurs enveloppes le sont en même temps. On trouve, dans la plupart des cas, des fistules, qui ont détruit, en divers points, la peau et les tissus sous-jacents. Autour des orifices, se voient de petites masses bourgeonnantes, saignant au moindre contact et laissant sourdre un pus sanieux et mélangé de débris caséeux. Le siège de prédilection des fistules est la partie inférieure et postérieure du scrotum, à cause de la présence en ce point de la queue de l'épididyme. Ces fistules n'ont de tendance à se cicatriser qu'au moment ou l'écoulement cesse ; elles s'oblitèrent alors, en laissant à leur place des cicatrices étoilées, adhérentes, infundibuliformes. La peau recouvre rarement sa souplesse, aux endroits où la suppuration a été longue. (Bilhaut) (1).

La tuberculose testiculaire débute insidieusement, le plus souvent, par l'épididyme. Reclus a cité cependant quelques exemples de début aigu, analogues à des épididymites blennorrhagiques. « En quelques jours, au milieu de phénomènes inflammatoires, l'épididyme, dur et douloureux à la pression, forme derrière le testicule une sorte de bourrelet, comme un demi-cylindre contourné en croissant (Bouilly). Cette forme aiguë est décrite, par Duplay, sous le nom de TUBERCULISATION GALOPANTE DU TESTICULE. L'induration persiste ; les bosselures se ramollissent et il se fait un abcès, qui s'évacue à l'extérieur et devient fistuleux (Bouilly).

Dans la forme habituelle, l'attention du malade est attirée, soit par une blennorrhée uréthrale tenace, soit par quelques hématuries d'origine rénale ou vésicale, soit par quelque grosseur dans les bourses. Une fois sur trois, on note, en effet, l'apparition d'un peu d'hydrocèle. Lorsqu'on pratique alors la palpation des bourses, on trouve des noyaux durs, arrondis, réguliers, siégeant dans la tête ou dans la queue de l'épididyme et, souvent, une induration en masse du canal. Le testicule est recouvert à sa partie postéro-supérieure par une masse dure, irrégulière, bosselée, renflée à ses extrémités (Bouilly). — Quand les lésions sont peu importantes, on éprouve quelques difficultés à les diagnostiquer ; si le testicule et l'épididyme sont pris simultanément, il est à peine possible de les différencier l'un de l'autre par la palpation. Le testicule est lisse et arrondi ; l'épididyme bosselé et allongé. La sensibilité à la pression est habituellement intacte, un peu exagérée même. Le malade éprouve parfois, dans les bourses, quelques sensations de pesanteur, des douleurs d'abord vagues, puis lancinantes. En certains cas, il existe un certain degré d'excitation génésique et les malades peuvent se livrer plusieurs fois de suite au coït.

(1) Traité de médecine clin. et thér., Maloine, 1895.

Les masses caséeuses peuvent rester stationnaires et, à la longue, elles finissent par se rétracter et diminuer de volume. A un certain moment, cependant, dans la plupart des cas, il se fait une tuméfaction inflammatoire rouge-violacé du scrotum, qui se ramollit en un point ; la peau s'amincit, s'ulcère, donnant issue à du pus d'abord épais et bien lié, puis séreux et grumeleux. L'ouverture reste le plus souvent fistuleuse et son siège habituel est la partie postéro-inférieure du scrotum.

Le canal déférent présente une consistance plus dure, souvent bosselée, inégale, irrégulière, moniliforme.

Enfin, par le toucher rectal, on reconnaît souvent l'existence d'une prostatite ou d'une vésiculite tuberculeuse.

La marche de la tuberculose, sur le testicule, est presque constamment fatale pour cet organe : aiguë, elle ressemble à l'orchite blennorrhagique et mérite le nom d'orchite tuberculeuse ; son évolution est d'abord violente, inflammatoire, douloureuse, puis, après 15 à 20 jours, elle devient chronique ; chronique, soit d'emblée, soit consécutivement à une forme aiguë, elle évolue lentement, détruisant progressivement toutes les parties actives de la glande, obturant le canal déférent et annihilant par conséquent les fonctions de cette glande. Quand les deux testicules sont envahis, il s'ensuit l'impuissance et la stérilité complètes. La suppuration tuberculeuse envahit les organes voisins (prostate, vésicules séminales, vessie). Les abcès peuvent s'ouvrir dans le rectum, dans l'urèthre, du côté du scrotum ou du périnée. Dans ces cas particulièrement graves, on peut voir la région périnéale criblée de fistules et inondée de pus. La vessie est envahie, une pyélo-néphrite se déclare et le malade succombe au marasme, ou bien, la tuberculose atteint les poumons et c'est l'évolution de cette nouvelle localisation qui emporte le malade. Quand la suppuration est restée localisée au testicule et à l'épididyme, ces organes se trouvent réduits à des masses fibreuses dures et irrégulières, ou renferment une série de masses caséeuses ayant subi la transformation crétacée. C'est la forme ordinaire de la guérison, qui peut rester durable pendant de longues années et jusqu'à une vieillesse avancée (Bouilly).

En somme, deux modes d'évolution bien distincts, l'un, dont le dernier terme est la cure sur place de la lésion locale ; l'autre, dont l'extension progressive finit par la déchéance de l'organisme tout entier et la mort (Bilhaut).

Le diagnostic de la tuberculose testiculaire est assez ardu au début, surtout dans la forme aiguë. Cependant, l'examen microscopique du pus, d'une part, et le toucher de la prostate par le rectum, d'autre part, sont des moyens de contrôle qui permettront, presque toujours, de poser un diagnostic exact.

« Il ne faut pas tirer de l'état général du sujet des conclusions fermes. Un homme lymphatique, scrofuleux, tuberculeux, n'est pas, pour cela même, condamné à la tuberculose testiculaire. Que de tuberculeux ont eu des orchites blennorrhagiques et n'en ont pas moins bien guéri, malgré cela ! L'évolution de l'orchite tuberculeuse la différencie de l'orchite blennorrhagique ; celle-ci ne suppure pas, la première, au contraire, s'abcède. » (Bilhaut.) Dans la syphilis, le testicule est moyennement gros, induré par plaques ou chagriné à sa surface, insensible à la pression, et l'épididyme est le plus souvent sain. Le canal déférent n'est modifié, ni de volume, ni de consistance ; la prostate et les vésicules sont indemnes. — En cas de tumeurs occupant à la fois le testicule et l'épididyme, c'est l'examen de la prostate, des ganglions inguinaux, des veines scrotales, qui permet de faire le diagnostic. Le sarcome, par exemple, se distingue par son extension rapide, les douleurs qu'il provoque, l'engorgement des ganglions et des veines scrotales, l'absence de lésions prostatiques.

Traitement. — Au début, on fera bien d'essayer l'application de badigeonnages externes gaïacolés ou d'emplâtres savonneux et mercuriel renouvelés quotidiennement et la compression légère avec un bon suspensoir. En même temps, on administrera à l'intérieur l'huile de foie de morue, le phosphate de chaux, l'arséniate de soude ; on recommandera le séjour au bord de la mer, ou dans une station hydro-minérale chlorurée sodique. Quand des abcès commencent à se former, on les incise et, après cocaïnisation, on pratique des grattages de la paroi, suivis de cautérisations au chlorure de zinc ou au thermocautère. Enfin, on applique un pansement quotidien, compressif, iodoformé.

« Mais, quand le testicule et l'épididyme sont pris en totalité, si le cordon n'est pas envahi dans une étendue trop considérable par une infiltration ne permettant pas sa section dans le tissu sain, quand des abcès multiples se font jour ou sont menaçants, quand le scrotum est criblé de fistules, il faut, sans hésitation, faire la castration et débarrasser l'économie de ce foyer d'infection locale et générale. La castration sera également indiquée, quand l'infiltration du testicule et de l'épididyme est rapide et suraiguë. Malheureusement, cette granulie testiculaire envahit souvent secondairement les poumons, le péritoine et les méninges. » (Bouilly.)

(*A suivre.*) Dr Paul Huguenin.

CLINIQUE OTOLOGIQUE

De l'otorrhagie.

L'otorrhagie, c'est-à-dire l'hémorrhagie de l'oreille, se produit habituellement dans deux circonstances différentes. Elle s'observe d'abord après un traumatisme qui peut porter, on le conçoit aisément, suivant la nature et la gravité de la blessure, sur les parties molles ou le tissu osseux de l'organe de l'ouïe. Alors, les commémoratifs, la connaissance du traumatisme accidentel ou chirurgical suffisent à établir le diagnostic étiologique, et l'examen otoscopique viendra dénoncer la topographie et le siège précis des lésions. Nous devons toutefois rappeler ici la haute importance de l'otorrhagie comme symptôme des fractures de la base du crâne et tout l'intérêt qu'il y a, dans une semblable circonstance, à examiner soigneusement l'oreille.

La seconde cause, véritablement commune, de l'hémorrhagie auriculaire, tient à la présence de polypes et de végétations polypoïdes dans la caisse tympanique. C'est d'elle que relèvent, il

faut bien s'en souvenir, la plupart des otorrhagies non traumatiques, qui paraissent se produire tout à fait spontanément. Dans un précédent article du « *Concours médical* » sur les polypes de l'oreille « nous insistions déjà sur ce symptôme « d'une importance capitale, en l'espèce, puisque « toute oreille qui saigne spontanément ou par « un simple attouchement contient, presqu'avec « certitude, des végétations dans sa profondeur. »

Alors, en effet, l'hémorrhagie se manifeste sans aucun motif apparent, ou à la suite d'une manœuvre banale, une injection par exemple, et on voit apparaître au méat quelques gouttes de sang pur, rouge, ou au contraire du sang mêlé au pus de l'otorrhée habituellement concomittante. A moins de circonstances spéciales, d'une prédisposition liée au tempérament du malade, ce suintement sanguin est peu abondant ; il s'arrête assez vite, mais il se reproduit avec une extrême facilité.

A côté de ces deux causes ordinaires de l'otorrhagie, le traumatisme d'une part, les végétations polypoïdes de l'autre, il en existe un certain nombre d'autres beaucoup moins fréquentes, voire même exceptionnelles. L'une d'elles, quoique très rare, doit être citée en premier lieu en raison de sa gravité : je veux parler de l'ouverture des importants vaisseaux artériels et veineux, qui cheminent dans le rocher, au contact de l'oreille. Il s'agit ici d'ulcérations de parois vasculaires, ayant pour point de départ la carie et l'effritement de la paroi osseuse, qui les protège et les sépare de la caisse du tympan. C'est ainsi que l'artère carotide, le sinus latéral, la veine jugulaire peuvent se trouver à nu et se perforer au cours d'une suppuration de l'oreille moyenne, d'une ancienne otorrhée, compliquée de carie osseuse. L'écoulement sanguin, de teinte rouge vif ou foncé, suivant son origine artérielle ou veineuse, est généralement abondant d'emblée ; toutefois au début, le suintement peut être léger et sembler très bénin.

Enfin, on peut également rencontrer des hémorrhagies auriculaires au cours des névroses, comme l'hystérie, au cours de l'évolution des tumeurs malignes de l'organe acoustique, lorsque celles-ci s'ulcèrent, ou dans certaines lésions cutanées du conduit.

Si, d'ailleurs, nous envisageons les différentes causes de l'otorrhagie, dont il a été question plus haut, nous y voyons que les cas traumatiques mis à part, l'hémorrhagie auriculaire souvent bénigne, parfois aussi très grave, est habituellement sous la dépendance d'une otorrhée ancienne, jusque là négligée.

Le diagnostic de l'hémorrhagie de l'oreille est simple, l'apparition d'un suintement rouge vif ne prêtant à aucune erreur. Cependant lorsque l'écoulement est foncé, il ne faudrait pas le confondre avec du cérumen dilué dont la teinte brune permettrait l'hésitation, si l'on n'était pas prévenu. Il suffira d'y regarder de près pour pouvoir aisément s'y reconnaître.

Le diagnostic portera également sur le point de départ de l'hémorrhagie et sur sa véritable cause. C'est alors que l'examen méthodique de l'oreille devient absolument indispensable pour fixer l'existence et la topographie d'une plaie, d'un traumatisme, la présence de polypes, la possibilité d'une ulcération d'un gros vaisseau. On pratiquera soigneusement une injection aseptique tiède en asséchant ensuite avec une tige garnie de coton, de façon à voir nettement les parties malades.

Le traitement de l'otorrhagie doit surtout viser à faire disparaître la lésion provocatrice. Il est bien évident, qu'en elle-même, l'hémorrhagie otique revêt rarement un caractère inquiétant, Dans les cas ordinaires, alors qu'il s'écoule du conduit du sang goutte à goutte, une simple injection suivie d'une instillation d'eau oxygénée ou d'une solution d'antipyrine à 1/5 tiède, arrêteront bien facilement l'hémorrhagie. On y joindra au besoin une mèche de gaze iodoformée, mais il faudra la tasser sur le point malade et non pas sur la membrane tympanique. Lorsque cette dernière est intacte, en effet, une compression exercée sur elle est non seulement inutile, mais encore dangereuse, en déterminant des symptômes pénibles, douleurs, vertiges, bourdonnements.

Dans les cas graves, c'est-à-dire au cours d'une ouverture soit du sinus latéral, soit de la carotide, le tamponnement méthodique et serré, est seul de mise. Alors le tympan est détruit en grande partie et on devra diriger la mèche de gaze iodoformée soigneusement dans tous les coins de la caisse. Sous son influence, l'hémorrhagie veineuse du sinus latéral s'arrête généralement et si l'hémorrhagie, en jets isochrones au pouls, de la carotide persistait, il ne faudrait pas hésiter à comprimer l'artère et au besoin à la lier au cou.

Le traitement de la cause reste en dernier lieu à faire, comme le plus important.

S'il s'agit de polypes ou de végétations de l'oreille, on s'adressera aux moyens déjà recommandés dans un précédent article. S'il s'agit, au contraire, d'un traumatisme ou d'une plaie quelconque, le traitement antiseptique doit être rigoureusement appliqué.

Docteur P. Lacroix.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Assistance médicale gratuite.

Le rapport général sur le fonctionnemment du service de l'Assistance médicale gratuite, en France, pendant l'année 1895, présenté par M. Monod au Ministre de l'Intérieur, vient de paraître.

Ce travail est fort intéressant à divers égards, mais, la question qui nous préoccupe le plus étant celle de l'organisation médicale du service, c'est à cette question que nous bornerons aujourd'hui notre étude.

Comment le service est-il organisé ? Quel est le mode de rémunération des médecins ? Combien y a-t-il eu d'assistés inscrits et soignés ? Quelles sommes ont perçues, pour ces soins, les médecins ? — Autant de questions des plus intéressantes, que nos confrères nous sauront gré de leur présenter résumées sous forme d'un tableau synoptique qu'il leur sera toujours possible de consulter avec fruit.

Nous avons imprimé en *italiques* les noms des départements où fonctionnait antérieurement un service d'assistance.

Un certain nombre de départements ne donnent pas de chiffres, parce que le service n'a pas fonctionné d'une manière complète en 1895.

DÉPARTEMENTS	NOMBRE DES ASSISTÉS		SOMMES allouées aux médecins	MODE DE RÉMUNÉRATION		ORGANISATION MÉDICALE DU SERVICE
	Inscrits	Soignés		PRIX de la consultation	PRIX DE LA VISITE et indemnité kilométrique	
Ain				1 fr.	1 fr. plus 0,50 par k.	Système Landais.
Aisne	17.018	7.716	40.411.49	2 fr. par an par tête d'inscrit.		Circonscriptions médicales
Allier	12.153	1.239	6.874.75	0,50	1 fr. plus 0,75 par k.	Système Landais.
Alpes (Basses)	3.736	780	9.932.25	0,50	id.	Au choix de l'assisté parmi les médecins de la circonscription.
Alpes (Hautes)	7.840	1.277	16.169.88	Indemnité annuelle plus 0 fr. 75 par k.		Circonscriptions médicales
Alpes-Maritimes				Traitements annuels (1000 fr. en moyenne).		id.
Ardèche	14.081	1.267	5.118.85	gratuite.	1 fr. plus 0 fr. 50 par k. à partir du troisième.	Système Landais.
Ardennes	4.113	1.517	11.457 »	Traitement provisoirement fixé à 200 fr.		id.
Ariège	17.779	5.320	16.142.65	Allocation de 0 fr. 10 par habitant.		Au choix de l'assisté parmi les médecins de la circonscription.
Aube	»	»	»	Allocation de 2 fr. par an et par inscrit.		id.
Aude	19.163	7.472	14.314.55	gratuite au dispensaire 0,50	1 fr. plus 0,50 par k.	Circonscriptions médicales
Aveyron	»	»	»	1 fr.	1 fr. plus 0,60 par k.	Système Landais.
Bouches-du-Rhône	2.875	1.194	11.438.05	1,50	1 f. 50 plus 0,25 p^r k.	id.
Calvados	»	»	»	1 fr.	1 fr. plus 0,50 par k. au delà du 3e.	id.
Cantal	»	»	»	gratuite.	1 fr. plus 0,75 par k.	id.
Charente	6.350	872	7.320.05	1 fr.	1 fr. plus 0,50 par k.	Au choix de l'assisté parmi les médecins exerçant habituel. dans la commune.
Charente-Inférieure	15.097	4.533	41.866.80	»	id.	Système Landais.
Cher	13.896	3.275	22.859 »	1 fr. par inscrit plus 5 fr. par an et par k.		Circonscriptions médicales
Corrèze	22.292	4.470	32.811.90	Allocation de 0 fr. 10 par habitant.		id.
Corse	»	»	»	»	1 fr. plus 0,25 par k.	id.
Côte-d'Or	10.072	858	8.596.30	1 fr.	id.	Système Landais.
Côtes-du-Nord	35.564	3.802	29.256.40	gratuite et 0,50	1 fr. plus 1 fr. par k.	id.
Creuse	5.533	735	5.287.65	1 fr.	1 fr. plus 0,50 par k.	id.
Dordogne	»	»	»	0,75	id.	id.
Doubs	6.321	1.538	26.671 »	Traitement fixe servi par le Département.		Circonscriptions médicales
Drôme	»	»	»	Abonnement 3 fr., 4 fr., 5 fr. par inscrit.		id.
Eure	12.856	3.575	24.458.80	Tarif pour dispensaires	1 fr. 50 plus 0,20 par k.	id.
Eure-et-Loire (1)	»	»	»	0,50	1 fr. plus 0,40 par k.	Circonscr. et syst. Landais.
Finistère	38.731	6.750	30.352.56	»	1 fr. plus 0,80 par k.	Système Landais.
Gard	»	»	»	gratuite.	1 fr. plus 1 fr. par k.	id.
Garonne (Haute) (1)	37.611	8.854	95.375.40	0,50	0 fr. 75 plus 0,40 et 0,50 par k.	Circonscriptions et système Landais.
Gers	6.469	4.204	15.042.15	»	1 fr. jusqu'à 1 k. 2 fr. jusqu'à 4 k. plus ensuite 0,50 par k.	Système Landais.
Gironde	9.570	2.547	28.740.25	1 fr.	1 fr. plus 1 fr. par k. au delà de un.	Circonscriptions médicales
Hérault	»	»	»	Simple indemnité kilométrique de 0,50 le jour et 1 fr. la nuit avec maximum de 1 fr.		Au choix de l'assisté parmi les médecins de la circonscription.
Ille-et-Vilaine	68.112	4.392	52.881.87	Vacation pour dispensaire	0 fr. 60 plus 0,40 par k. et 0 fr. 20 en chemin de fer.	Circonscriptions médicales
Indre	8.396			1 fr.	1 fr. par maison visitée plus 0 f. 75 par k.	Système Landais.

(1) Les deux systèmes à la fois.

DÉPARTEMENTS	NOMBRE DES ASSISTÉS Inscrits	Soignés	SOMMES allouées aux médecins	MODE DE RÉMUNÉRATION PRIX de la consultation	PRIX DE LA VISITE et indemnité kilométrique	ORGANISATION MÉDICALE DU SERVICE
Indre-et-Loire	12.198	3 291	19.451.58	»	1 fr. jusqu'à 2 k. plus 0,50 par k.	Système Landais.
Isère	»	»	»	Allocation de 0 fr. 04 par habitant.		Circonscriptions médicales
Jura	23.648	3.493	13.543.54	0,50 au dispensaire.	1 f. 75 par k. en montagne et 0,50 en plaine.	Système Landais.
Landes	»	»	»	»	1 fr. 50 jusqu'à 2 k. plus 0,50 par k.	id.
Loir-et-Cher	9.973	1.176	12.837.65	Vacation pour dispensaire	1 fr. plus 0,50 par k.	id.
Loire	»	»	»	1 fr.	1 fr. 50 plus 1 fr. par k. au delà de 2 k.	Circonscriptions médicales
Loire (Haute)	11.549	1.545	8.500 »	Traitement annuel de 1000 f.		id.
Loire-Inférieure	11.599	3.825	16.502.14	0 fr. 50	1 fr. jusqu'à 1 k. plus 0 fr. 50 par k.	Système Landais.
Loiret	19.150	5.548	37.561.25	1 fr.	1 fr. plus 0 fr. 25 par k.	Circonscriptions médicales
Lot	25.074	9.179	24.322.98	gratuite.	1 fr. plus 0,50 par k. jusqu'à 5 k. au delà 0,25 par k.	Système Landais
Lot-et-Garonne	»	»	»	Vacation pour dispensaire	1 fr. plus 0,50 par k. au delà de 2 k. sans que le total puisse dépasser 6 fr.	id.
Lozère	7.556	1.321	11.217 »	0 fr. 50	1 fr. plus 1 fr. par k. à partir du 2e et 0,50 seulement en chem. de fer.	id.
Maine-et-Loire	»	»		gratuite.	1 fr. 50 jusqu'à 2 k. au delà 0,50 par k.	Système Landais.
Manche	27.720	3.461	37.586.75	gratuite.	1 fr. plus 1 fr. par k. jusqu'à 4 k. au delà 0,50 par k.	id.
Marne	7.217	1.061	11.521.10	»	1 fr. plus 0,50 par k.	id.
Marne (Haute)	6.025	1.336	4.396.45	gratuite.	1 fr. plus 0,60 par k. au delà du second	id.
Mayenne	17.127	958	4.260 »	1 fr.	1 fr. plus 0,50 par k.	id.
Meurthe-et-Moselle	16.008	3.798	21.261.35	Appointements fixes variant entre 270 fr. et 650 fr.		Circonscriptions médicales
Meuse	5.206	abonnement	14.192.50	Allocation depuis 20 fr. par commune (5 fr. par dix) plus 0,50 par k. et par an.		id.
Morbihan	»	»	»	Allocation de 0 fr. 10 par habitant.		id.
Nièvre	15.715	4.832	25.613 »	1 fr.	1 fr. plus 0,70 par k. au delà du second	Système Landais.
Nord	219.192	97.909	212.975.30	Traitement d'après le nombre des inscrits avec minimum représenté par celui des deux dernières années de médecine gratuite.		Au choix de l'assisté parmi les médecins désignés par le Préfet sur la proposition des Bureaux d'assistance.
Oise	15.507	4.778	55.303.56	1 fr.	1 fr. plus 0,50 au delà du second.	Système Landais.
Orne	»	»	»	0 fr. 50	id.	id.
Pas-de-Calais	116.312	47.934	141.555.74	Allocation de 1 fr. par inscrit dans les communes où l'indemnité annuelle n'était pas encore fixée.		A la désignation du Préfet sur la proposition du Bureau d'assistance.
Puy-de-Dôme	15.570	3.318	11.789.25	gratuite.	1 fr. plus 0,50 par k.	Au choix de l'assisté malgré les circonscriptions.
Pyrénées (Basses)	16.471	abonnement	35.019.68	Allocation de 2 fr. par inscrit, plus 0,50, 1 fr. 50 et 3 fr. selon la distance.		Système Landais.
Pyrénées (Hautes)	»	»	»	Allocation de 3 fr par assisté vivant seul et de 5 à 8 fr. par ménage.		id.

DÉPARTEMENTS	NOMBRE DES ASSISTÉS		SOMMES allouées aux médecins	MODE DE RÉMUNÉRATION		ORGANISATION MÉDICALE DU SERVICE
	Inscrits	Soignés		PRIX de la consultation	PRIX DE LA VISITE et indemnité kilométrique	
Pyrénées-Orientales	6.401	1.907	4.590 »	Allocation de 2 fr. par inscrit.		A la désignation du Préfet sur la proposition des Bureaux d'assistance.
Rhin (Haut), territoire de Belfort	2.581	2.576	7.500 »	Allocation de 0 fr. 07 par habitant.		Circonscriptions dicales
Rhône	»	»	»	gratuite et 1 fr.	1 fr. 50 plus 1 fr. par k. au delà de un k.	Système Landais.
Saône (Haute)	16.457	1.197	41.320.80	Allocation de 0 fr. 15 par habitant.		id.
Saône-et-Loire	»	»	»	gratuite.	1 fr. plus 0,50 par k.	Circonscriptions médicales
Sarthe	29.796	9.105	13.408.20	Allocation de 0 fr. 65 au maximum par inscrit.		id.
Savoie	6.844	788	5.188.47	1 fr.	1 fr. 50 plus 0,40 par k. en plaine et 0,75 en montagne.	Au choix de l'assisté dans la circonscription hospitalière.
Savoie (Haute)	»	»	»	1 fr.	1 fr. 50 plus 0,60 par k. en plaine et 1 fr. en montagne.	Circonscriptions médicales
Seine-Inférieure	45.235	12.086	94.808.25	1 fr.	1 fr. 50 dans la résidence du médecin, 2 fr. plus 0,15 par k. en dehors.	Système Landais.
Seine-et-Marne	15.982	2.508	23.242.05	»	1 fr. 50, 2 fr. et 3 fr. suivant distance.	id.
Seine-et-Oise	12.632	»	38.264.25	Allocation de 2 fr. 50 par inscrit, plus 0,50 pour rémunération du déplacement.		Désignation par le Préfet de tous les médecins adhérents.
Sèvres (Deux)	13.843	abonnement	23.396.90	Rémunération à forfait d'après population.		Circonscriptions médicales
Somme	53.895	13.126	55.945.20	Allocation de 3 fr. par famille inscrite ou admis d'urgence jusqu'à 6 k. au delà 5 fr.		id.
Tarn	11.765	2.685	17.961.41	gratuite.	1 fr. jusqu'à 2 k., à 3 k. 3 fr., au delà 0,50 par k.	Système Landais.
Tarn-et-Garonne	10.348	4.046	24.135.85	Abonnement dans la limite de 3 fr. par an et par inscrit fixé par le Conseil municipal.		Au choix de l'assisté parmi les adhérents de la circonscription.
Var	4.235	479	5.903.22	1 fr. 25	1 fr. 25 plus 0,70 par k. au delà de 5 k.	id.
Vaucluse	9.383	1.684	13.505.25	Tarif pour dispensaires	1 fr. plus 0,50 par k.	Système Landais.
Vendée	11.989	1.995	9.936.75	0 fr. 50	id.	id.
Vienne	11.858	4.040	20.325.17	gratuite.	id.	id.
Vienne (Haute)	5.818	1.996	12.513.70	id.	id.	id.
Vosges	21.341	6.364	13.103.25	0 fr. 50	0 fr. 75 jusqu'à 1 k. plus 0,75 par k.	id.
Yonne	10.532	3.347	32.841.40	»	1 fr. plus 0,50 par k.	id.
Totaux	1.295.390	346.879	1.730.680.54			

Nous n'avons à ajouter aucun commentaire. Nos confrères feront eux-mêmes les comparaisons.

Disons cependant que, dans certains départements, l'indemnité kilométrique ne s'applique qu'à une seule visite, tandis que dans d'autres elle s'applique à toutes les visites faites dans la même tournée : le fait est signalé dans le rapport, mais la mention pour chaque département a été omise.

Nous regrettons aussi de ne pas connaître le nombre des visites et des consultations et ce regret est partagé par le rapporteur général. Il aurait été intéressant de connaître ces chiffres, qui eussent permis d'apprécier et l'activité du service dans chaque département et la régularité de son fonctionnement.

Dr A. Gassot.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat des médecins du Sud Finistère.

11 *octobre* 1896.

Présents : MM. Dubuisson, *Président*, Coffec et Gaumé *Syndics*, Le Moaligou, *Secrétaire-trésorier*, Colin, Grias, Le Coquil, Le Guéval, Martin, Neis, Pilven.

Excusés : MM. Bizien, Chauvel, Chéreux.

Assistance médicale gratuite.

Le Président annonce qu'en qualité de Conseiller Général, il a été chargé de rapporter les décisions de la commission chargée d'examiner les modifications à apporter au service de l'Assistance médicale, décisions qui ont été ratifiées par le Conseil :

1° Lorsque le malade sera en état de se rendre au domicile du médecin, le maire devra rayer le mot *visite*.

2° Les malades devront toujours appeler le médecin le plus rapproché.

3° Les extractions de dents seront tarifées un franc.

4° La délivrance artificielle est tarifée 10 francs ; les accouchements doubles ou triples seront comptés comme un accouchement simple.

5° Le médecin assistant aura droit au même tarif que le médecin traitant.

Le Président ajoute que, des abus s'étant produits, le Conseil Général a décidé que le billet ne serait valable que pour 5 consultations ou 5 visites sans transport ou pour une seule visite avec transport : si l'état du malade nécessite d'autres visites, le médecin préviendra la famille, qui réclamera de la Municipalité une autre feuille de visite.

Le tarif des médicaments a été réduit pour prévenir d'autres abus et les préparations ont été cotées à un prix déterminé, selon leur nature; il sera donc nécessaire qu'à l'avenir l'ordonnance mentionne qu'il s'agit d'une potion, d'un gargarisme, d'un collyre, etc....

Des abus se sont produits encore dans les hospitalisations : les médecins ne devront délivrer des certificats d'hospitalisation qu'aux seuls malades atteints de maladies aiguës et ne pouvant pas être utilement soignés à domicile.

Bureau.

Les médecins de l'arrondissement de Quimperlé, ayant l'intention de constituer un Syndicat indépendant, s'abstiennent de prendre part au vote.

Sont élus : *Président :* M. Dubuisson.
Syndics : MM. Gaumé et Collin.
Secrétaire-Trésorier : M. Pilven.

Le Secrétaire,
Dr Le Moaligou.

REPORTAGE MÉDICAL

Avis aux Syndicats. — Les *syndicats professionnels* peuvent ester en justice au nom des intérêts généraux de la corporation, mais il leur est interdit d'agir au nom des intérêts particuliers de tel ou tel de leurs membres.

C'est ce qu'a décidé le 20 mai la cour d'appel de Paris, en infirmant un jugement du tribunal correctionnel qui, sur la poursuite du syndicat des entrepositaires de bières, avait condamné, pour usurpation de la marque de divers syndiqués, un entrepositaire étranger au syndicat. Les propriétaires des marques usurpées avaient seuls le droit de poursuivre, dit l'arrêt.

— *Note pour l'Ordre des médecins.* — Il résulte d'un récent arrêt de la cour de cassation (chambre des requêtes) que le notaire qui fait ou fait faire des démarches pour obtenir d'être chargé d'une vente par adjudication, précédemment confiée à un de ses confrères, manque aux devoirs de bonne confraternité et au règlement de sa chambre, qui interdit toute sollicitation directe ou indirecte, et que c'est à bon droit que le dit tabellion est frappé d'une peine disciplinaire.

— *Distinctions honorifiques.* — Nous adressons nos félicitations à MM. les Drs *Pellevoisin*, de Beauvoir-sur-Niort (Deux-Sèvres), et *Barbin*, de Montoire (Loire-Inférieure), membres du « Concours médicale », qui viennent d'être faits chevaliers de la Légion d'honneur :

A M. le Dr Vidal (d'Hyères), également membre du « concours médical » qui a été récemment élu correspondant national de l'Académie de médecine.

Et enfin à MM. les docteurs *Godet*, des Sables-d'Olonne (Vendée), *Noblet*, de Pont-Château (Loire-Inférieure), *Quinemant*, de Niort (Deux-Sèvres), *Vidal*, de Mussidan (Dordogne), nommés *Officiers d'Académie* et *Bilhaut*, de Paris, nommé *Officier de l'Instruction publique.*

— *Congrès international de médecine légale en* 1897. — Un Congrès international de médecine légale se tiendra à Bruxelles, du 2 au 7 août prochain.

Voilà les questions mises à l'ordre du jour :

1° Les facteurs internes de la putréfaction des cadavres ;

2° Le rôle et les devoirs du médecin légiste dans les expertises relatives aux accidents provoqués par l'infection des viandes ;

3° La toxicologie de l'acétylène ;

4° L'intoxication par l'oxyde de carbone ;

5° Les aliénés criminels et les maisons asiles ;

6° Le secret professionnel médical devant la justice ;

7° La docimasie pulmonaire ;

8° La valeur médico-légale des ecchymoses sous-séreuses ;

9° De la responsabilité, notamment de la responsabilité partielle ;

10° L'hypnotisme dans ses rapports avec la criminalité.

— *Les asiles pour alcooliques en Russie.* — Après les expériences faites depuis quelques années sur le traitement de l'alcoolisme, dans les établissements fermés, la Russie vient de créer un autre hôpital spécial de ce genre à Kazan. Les deux premiers avaient été ouverts à Moscou et à Kiew.

— *Alcoolisme et pharmacies anglaises.* — On a souvent parlé de cette hypocrisie bien britannique qui consiste, pour les dames, à se réfugier chez les pâtissiers pour y absorber des verres de Porto ou des liqueurs alcooliques.

Les pâtissiers se doublent maintenant des pharmaciens, lesquels, sous prétexte de toniques, de crème de santé, de vins des îles, etc., débitent dans leur arrière-boutique des spiritueux de toute sorte.

Le *British medical Journal*, de Londres, vient de consacrer à cet état de choses un long article, où il cite l'exemple d'un individu mort, récemment, du *delirium tremens*, sans avoir jamais mis les pieds dans un cabaret. Cet ivrogne, d'une conduite exemplaire, ne fréquentait que les pharmacies.

— *Le cancer en Ecosse.* — Le *Scottish medical and surgical Journal*, pour avril, renferme, entre autres travaux intéressants, un mémoire de *M. T. G. Nasmyth* sur la distribution du cancer en Ecosse. Il se

passe en Ecosse, ce qui se passe en Angleterre, et ce qui se passe aussi à Paris, la mortalité par le cancer est en voie d'augmentation notable. De 1881 à 1890, il est mort du cancer en Ecosse, 22.497 personnes, sur une population qui était de 3.735.573 en 1881, et de 4.025.647 en 1891. En moyenne, sur 10.000 habitants, cela faisait 5.8 morts annuelles par le cancer. Le chiffre 5,8 est une moyenne, car la mortalité est de 4,4 pour le sexe masculin, et de 7,0 pour le sexe féminin. L'élévation de la mortalité par le cancer croît chaque année, en Ecosse, aussi bien qu'en Angleterre où la proportion est d'ailleurs à peu près la même : 4,5 pour les hommes, 7,4 pour les femmes, 6,0 pour la population totale. A Paris, d'après la statistique pour la 17e semaine que nous avons sous les yeux, il y a eu 61 morts par le cancer, sur 982 décès totaux : sur 16 personnes qui meurent, il en meurt 1 par le cancer, c'est-à-dire plus de 6 pour 100.

— *Le recul de l'alcoolisme en Suisse.* — Les statisticiens discutent sur les causes qui ont enrayé les progrès de l'alcoolisme en Suisse depuis l'année 1887, qui fut celle de l'instauration du monopole. Les partisans de celui-ci veulent lui en attribuer tout l'honneur : les adversaires soutiennent que le résultat obtenu est dû à la campagne de presse, de conférences, etc, qui fut organisée en même temps. Mais il est intéressant de constater leur accord dans l'acceptation de ce fait : la consommation a diminué d'environ un quart, depuis dix ans, dans l'ensemble de la Suisse.

Nous avons donc bien le droit d'espérer que la lutte contre l'alcoolisme produira en France une amélioration analogue.

— *La lèpre en Allemagne.* — Les reporters des grands journaux parisiens ont été mis sur les dents, la semaine dernière, par une enquête approfondie touchant un cas de lèpre... qui, dit-on, n'en était pas.

Nos voisins sont moins heureux. L'office sanitaire impérial d'Allemagne vient de publier le résultat des observations faites par M. *Koch*, qui était allé, à la fin de l'année dernière, étudier sur place la marche d'une épidémie de lèpre constatée à Memel et aux environs. Cette maladie y aurait été importée depuis 1870 par suite du trafic important de Memel avec les provinces baltiques. Jusqu'au mois de septembre 1886, il a été constaté 27 cas dont 25 appartiennent à la forme tubéreuse, 1 à la forme anesthésique et 1 à la forme mixte. 17 malades sont morts ; des 10 survivants, 4 se trouvent dans les hôpitaux et 6 dans leurs familles. La période culminante de l'importation et de la propagation du fléau doit être placée entre 1882 et 1890. La contagion paraît surtout résulter de la cohabitation prolongée dans des locaux étroits, notamment du couchage en commun et peut-être aussi de l'usage de vêtements infectés. Elle peut aussi se produire par les sécrétions purulentes des ulcères et par les déjections. La transmission héréditaire n'a pas été démontrée jusqu'à présent, mais aucune guérison n'a été obtenue. La durée de la maladie varie de cinq à dix années.

— *La médecine des frontières.* — Nous apprenons que la Fédération des Syndicats du Hainaut s'occupe très activement de poursuivre le rétablissement des bons rapports entre médecins belges et français exerçant sur la frontière, et nous formons des vœux bien sincères pour que ses efforts soient couronnés de succès.

— *Académie de médecine.* — L'Académie vient d'élire à une grande majorité M. Rendu, comme membre titulaire en remplacement de M. Straus.

— *Nominations.* — Le concours pour trois places de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Lion (G. C.), Le Noir et Mosny.

— *Le médecin a-t-il le droit de recommander une pharmacie spéciale.* — En Prusse la loi interdit aux médecins d'adresser leurs malades à une pharmacie spéciale pour l'exécution de leurs ordonnances

En vertu de cette loi, un médecin vient d'être condamné à 300 marks d'amende pour avoir affiché dans son cabinet de consultation une notice engageant ses clients à faire exécuter leurs prescriptions chez un pharmacien de son quartier.

— *La loi et les médecins étrangers.* — Malgré circulaires et interpellations, l'Administration hésite beaucoup à prendre vis-à-vis des médecins étrangers l'attitude qu'on nous avait fait espérer, c'est-à-dire à nous accorder la protection due.

C'est ainsi que, malgré les protestations des médecins de Menton, un diplômé italien continue à venir de Vintimille exercer à Cannes, avec l'approbation de la préfecture.

C'est ainsi encore que la circonscription d'inspection des nourrissons occupée jadis par un seul de nos confrères français, en Eure-et-Loir, vient d'être dédoublée en faveur d'un médecin étranger, qui reçoit sa nomination à titre provisoire (!) en attendant qu'il ait obtenu sa naturalisation.

S'agit-il là de mesures exceptionnelles imposées par une nécessité supérieure ? Les spoliés ne semblent pas portés à le croire.

— *Comment on récompense les médecins.* — On sait qu'il y a fort à faire pour réaliser l'assainissement de la ville de Nantes, et que le conseil d'hygiène, présidé par M. le Dr Leduc, soutient depuis longtemps une lutte acharnée dans ce but, contre le groupement des *Propriétaires*.

Beaucoup s'attendaient que les paroles de bienvenue, adressées au Président de la République, par M. le Dr Leduc, lors du voyage à Nantes appelleraient encouragement et félicitations. Or, à la stupéfaction générale des hygiénistes, notre pauvre confrère a été magistralement chapitré par le premier magistrat du pays, sur l'insalubrité de la ville... et ce fut tout.

Le gouvernement lui-même, dit la *Gazette de Nantes*, ignorerait-il les attributions des conseils d'hygiène ?

Eh, cher confrère, ce n'est pas par les questions de ce genre que les hommes politiques commencent leur éducation, et quant à la reconnaissance envers le dévouement du médecin *aux purs intérêts de la santé publique*, vous savez ce qu'en vaut l'aune sous tous les régimes. Votre récit en est une preuve de plus.

— *Monument de J. Rochard.* — Un comité vient de se constituer sous la présidence de M. le Dr Bergeron, pour élever à Saint-Brieuc un monument en l'honneur du Dr Rochard, dont la place fut si grande dans le corps de santé de la marine, dans les sociétés savantes, et à la tête de nombreuses œuvres philanthropiques. Les communications seront reçues par M. le baron Nielly, secrétaire du comité, chef de division à l'Administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

— *La technique des Rayons X.* — Manuel opératoire de la radiographie et de la fluoroscopie, à l'usage des médecins, chirurgiens et amateurs de photographie, par Alexandre Hebert, préparateur à la Faculté de Médecine. Bibliothèque de la *Revue générale des Sciences.* 1 vol in-8° carré de 138 pages, avec figures et 10 planches hors texte, 5 francs. (Georges Carré et C. Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris.)

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Barry, de Viverols (P.-d.-D.), membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année **N° 23** 5 Juin 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

L'indemnité Maladie et les Sociétés médicales (1).

Les questions de prévoyance sont à l'ordre du jour plus que jamais dans le monde médical : elles s'imposent par la force des choses et fatalement sont discutées un peu partout.

Parmi elles, l'indemnité maladie tient le premier rang, car elle est d'un intérêt plus immédiat, et le médecin sent qu'il est exposé plus que tout autre. D'autre part, l'organisation, qui peut l'assurer à ses adhérents, est peut-être plus facile à concevoir, et l'exemple que nous avons donné nous-mêmes, en créant l'*Association Amicale*, fait travailler les esprits.

C'est ainsi qu'à Lyon, où l'esprit est quelque peu particulariste, certains de nos confrères, membres de l'Association locale des Médecins du Rhône, ont songé à créer, eux aussi, une *Caisse indemnité maladie*, spécialement réservée aux membres de leur Association.

Après avoir reconnu que l'Association ne pouvait elle-même, avec sa cotisation annuelle de 12 fr. et ses réserves, assurer l'indemnité maladie, nos confrères se sont demandé si l'Association ne pourrait associer ses membres à une œuvre déjà existante et ils sont arrivés à conclure par la négative, par cette raison qu'ils seraient soumis au droit commun dans cette œuvre. Ils se sont arrêtés au projet de créer par l'Association et à ses côtés une caisse particulière.

Les statuts ? — Ils les empruntent à l'Association Amicale, dont le fonctionnement leur paraît satisfaisant, mais ils tâchent de faire mieux et pour cela ils proposent de faire supporter par l'Association locale le 1/5 de l'indemnité, tant journalière que mensuelle : les adhérents n'auraient plus, dès lors, à verser que les 4/5 des cotisations que nous demandons, soit :

à 30 ans, 57 fr. 60 au lieu de 72 fr.
à 40 ans, 72 fr. » » au lieu de 90 fr.
à 50 ans, 91 fr. 20 au lieu de 114 fr.

L'Association locale prélèverait la somme nécessaire à cette indemnité sur ses bénéfices et s'ils ne suffisaient pas, elle pourrait affecter à ce service le 1/3 prélevé sur les cotisations, qu'elle met à la réserve chaque année.

Après la discussion de la légitimité de ce prélèvement et des conditions dans lesquelles les intérêts des non-adhérents seraient sauvegardés, les promoteurs du projet ajoutent :

Font partie, de droit, de la nouvelle création, tous les membres actuels de l'Association, qui en font la demande, quel que soit leur âge et sans subir de visites médicales.

Il n'y a qu'une seule combinaison : *le droit à l'indemnité s'étend à toute la durée de la vie du Sociétaire.*

Les admissions se font de 25 à 64 ans.

C'est, on le voit, notre combinaison B considérablement améliorée, puisque la cotisation est moindre et qu'il n'y a pas de visite médicale à l'entrée.

Elle est soumise aux intéressés avec le questionnaire suivant :

I. Comptez-vous adhérer à la Caisse indemnité-maladie en voie de formation ?
II. Quelles objections ou observations vous suggère la lecture du rapport ci-dessus ?
III. Depuis quand êtes-vous Docteur ?
IV. Depuis que vous exercez, pendant combien de jours avez-vous été arrêté par maladie ou par accident ?
V. En combien de périodes se trouvent repartis ces jours de maladie ?

En présence d'une semblable tentative, nous croyons qu'il y a mieux à faire que de se poser en adversaires et de crier à plein gosier : la maison n'est pas au coin du quai.

Nos confrères font œuvre d'initiative, il faut

(1) Nous appelons toute l'attention des Présidents et Secrétaires des Sociétés médicales sur les considérations si justes et si pratiques de notre correspondant M. le professeur *Bard*.

leur en savoir gré, comme on doit leur savoir gré de chercher à améliorer ce que nous avons fait nous-mêmes.

Mais, et c'est là la grosse affaire, leur tentative peut-elle réussir ? — C'est ce que nous allons examiner.

Si les bonnes intentions des fondateurs, si le dévouement et le zèle des futurs administrateurs pouvaient suffire, nous n'aurions pas d'objections à présenter. Mais le succès d'une œuvre semblable dépend de bien autre chose : il faut des calculs précis, il faut surtout le nombre des adhérents..... et les promoteurs de la Caisse nouvelle paraissent avoir négligé quelque peu la première de ces conditions et s'illusionner plus encore sur la seconde.

M. le Professeur Bard, délégué de notre Association Amicale, le fait ressortir dans un article qu'il publie dans le *Lyon médical*, en réponse au questionnaire ci-dessus.

Nous lui laissons la parole :

A propos de la création d'une caisse locale indemnité-maladie.

L'Association générale des médecins du Rhône se préoccupe, depuis quelques mois, de la création d'une Caisse indemnité-maladie, et son Bureau vient de publier, dans le *Lyon Médical*, le rapport qu'il adresse, à ce sujet, aux membres de l'Association. Ce rapport se termine par un questionnaire dont le second paragraphe est ainsi conçu : « Quelles objections ou observations vous suggère la lecture du rapport ci-dessus ? »

La publication du rapport et du questionnaire permet de penser que le Bureau de l'Association appelle une discussion publique, qu'il désire recevoir les « objections et observations » de tous ceux qui s'intéressent à cette question, ou qui peuvent être à même de communiquer des réflexions utiles. Ma qualité de délégué régional de l'Association amicale des médecins français, fondée par M. Cézilly, et citée dans le rapport, me fait un devoir de prendre part au débat; cette Association est d'ailleurs la seule de cette nature qui soit en cause, puisque la caisse Gallet-Lagoguey est ouverte uniquement aux médecins de la Seine.

Je dois d'abord remercier les rapporteurs des termes dans lesquels ils ont parlé de l'Association amicale : « Elle fonctionne depuis trois ans et paraît donner les meilleurs résultats. » Le rapport en contient une approbation de fait encore plus formelle, puisqu'il accepte, pour base de son projet de création, tout à la fois les tarifs de l'Association amicale et les grandes lignes de ses statuts.

Mutualistes convaincus et agissants, les membres de l'Association amicale ne peuvent que se féliciter de l'appui moral, que leur apporte l'adhésion de la Société du Rhône, aux principes qui les ont réunis : l'assurance par la mutualité entre médecins, les indemnités de droit pour tous, substituées aux secours de charité envers les seuls sociétaires réduits à la détresse. Je ne saurais donc trop féliciter ceux, qui ont poussé la Société du Rhône à nous suivre dans cette voie ; par contre, il est permis de penser que cette Société, en poussant ses membres à s'associer à l'œuvre déjà existante, en les aidant même si elle le juge utile et si elle en possède les moyens, ferait œuvre beaucoup plus utile, qu'en se donnant la lourde charge de créer une Caisse nouvelle à l'usage exclusif de ses membres.

Le Bureau a examiné cette solution, mais il l'a rejetée, pour trois motifs : parce qu'il n'espérait pas pouvoir obtenir un tarif de faveur pour ses membres ; parce « qu'une Société, ayant son siège à Paris, ne nous rendra pas les mêmes services qu'une Société locale gérée au vu et au su de tous ses membres » ; enfin parce qu'il espère faire mieux, « c'est-à-dire plus économiquement que les Sociétés similaires ». Il l'espère, parce que « la nouvelle Caisse gérée entre confrères, nous permettra de réaliser une économie notable *avec la certitude d'une gestion parfaitement honnête* ».

Il est évident que les médecins du Rhône n'ont aucune faveur à solliciter, encore moins à obtenir, d'une Caisse médicale mutuelle, qui n'est pas une entreprise industrielle avec laquelle on puisse marchander ; je passe sur ce point ! Quant aux deux autres motifs invoqués, il est facile de démontrer qu'ils n'ont aucun fondement. L'Association amicale n'est pas une Société parisienne, mais une Société à peu près exclusivement provinciale, et cela par le fait même de l'existence de la Caisse parisienne Lagoguey ; son président, le docteur Cézilly, habite éga-

FEUILLETON

Bons exemples et extraits réconfortants.

Je voudrais que, dans chaque numéro du *Concours*, il y eût une courte rubrique, consacrée à rappeler les hauts faits du corps médical, ou à signaler les actes de dévouement exceptionnels.

Ce sont des titres de gloire, des parchemins de noblesse, qu'il est bon d'exhiber, non par vaine ostentation, mais pour provoquer la salutaire contagion du bon exemple et pour opposer la vérité aux propos malveillants, aux calomnies salissantes, dont nos dissentiments fournissent tant de prétextes au public.

Les annales du passé peuvent fournir d'inépuisables documents ; mais il n'y a pas de jour, qui ne soit marqué par quelque œuvre pie ; leurs auteurs se dissimulent discrètement et font spontanément le plus de bien possible, sans se préoccuper de la publicité qui pourra être donnée à leurs actes. Mais ce qu'ils ne font pas, d'autres pourraient le tenter. Le directeur du *Concours* s'empresserait de faire bon accueil à toutes les communications, qui lui seraient adressées, dans cet ordre d'idées. Ne craignez pas, mes chers confrères, de dénoncer les vaillants et les bons, d'appeler l'admiration sur leur nom ; cela vaudra mieux que de se débiner mutuellement et de colporter des potins puérils, au grand détriment de notre prestige.

Au dernier banquet du centenaire de la Société de médecine de Paris, M. Viger fit battre tous les cœurs, en faisant un éloge enthousiaste des médecins militaires, durant la cruelle campagne de Madagascar. Plus d'un dur à cuire, affectant d'habitude des allures d'insensibilité (elle est plus à la surface qu'au fond), sentit ce soir-là une larme perler au bord de ses paupières, en entendant décerner un brevet d'héroïsme à de braves majors qui ensevelissaient eux-mêmes nos pauvres soldats, lorsque tout leur art, tout leur dévouement étaient restés inutiles... Ce sont des émotions saines qu'on ne saurait trop entretenir ; elles relèvent et encouragent. Il est même bon de les faire partager aux gens du monde, devenus si injustes, si soupçonneux : « Tous, lisait-on dans le *Gaulois* du 10 février, nous sommes redevables à un médecin du salut de quelqu'un des nôtres, de la prolongation d'une existence précieuse, tout au moins d'une agonie faite plus douce. Le corps

lement Paris et le département de l'Oise ; son vice-Président, le Dr Maurat, réside à Chantilly (Oise) ; son secrétaire général, le docteur Jeanne, à Meulan (Seine-et-Oise) ; son trésorier, le docteur Gassot, à Chevilly (Loiret).

On ne voit pas quels services peut rendre une Société locale de plus qu'une Société nationale, quand il s'agit d'*indemnité de droit*, acquise par un fait de constatation précise, la maladie, et non de secours attribués après enquête, sur des considérations multiples et plus ou moins discutables. La Commission pourrait facilement se faire une conviction sur ce point, en s'adressant aux quelques membres lyonnais de l'Association amicale, qui ont eu déjà le fâcheux privilège de recevoir des indemnités.

Les économies, qu'on se propose de réaliser par la gestion entre confrères le sont déjà à l'Association amicale ; quelques chiffres montreront si l'on peut espérer faire mieux : pendant ses trois premières années d'existence, 1894, 1895 et 1896, l'Association a encaissé près de 60.000 francs, distribué 14.000 fr. d'indemnité, mis en réserve 43.000 fr. (1). Pendant ces trois années elle a dépensé au total 2.631 fr. pour frais de toutes sortes, y compris tous les imprimés nécessaires, tous les frais de constitution et de propagande : j'ajoute que 1.100 fr. de dons, venant pour la plupart de M. Cézilly personnellement et de la Société du *Concours médical*, ont contribué à payer les frais de création et de propagande, mais figurent aux recettes, de telle sorte que les dépenses à la charge de l'Association ont à peine dépassé 1.500 fr. pour trois années d'exercice. Les frais de toutes sortes sont allés en diminuant, à mesure qu'augmentaient les Sociétaires : 1.237 fr. en 1894, 728 fr. en 1895, 665 fr. en 1896. Il me paraît inutile d'insister davantage.

La proposition d'engager purement et simplement les médecins du Rhône à entrer dans l'Association, amicale méritait un plus ample examen. En effet, si la Société de prévoyance peut consacrer une partie de ses ressources annuelles, revenus ou cotisations, ce dont seule elle peut être juge, à l'œuvre de l'indemnité-maladie, l'emploi le plus sûr qu'elle puisse faire, à ce point de vue, de ses disponibilités, est encore de les faire servir à encourager les adhésions à l'Association amicale. Elle peut choisir, pour y arriver, entre divers moyens, plus ou moins efficaces, selon qu'ils comporteront, de sa part, des sacrifices plus ou moins grands, mais entre lesquels il lui serait facile de faire un choix ; on peut en imaginer peut-être un assez grand nombre ; je ne citerai que ceux qui se présentent à la première réflexion.

La Société de prévoyance pourrait prendre, à sa charge, une fraction de la cotisation de ceux de ses membres, qui adhéreraient à l'Association amicale, ou plus simplement les exonérer d'une partie de leur cotisation locale ; la mesure se justifierait en droit, par ce fait que ces membres, assurés ainsi contre la plus redoutable des causes de détresse, les maladies et les infirmités, seraient moins exposés à tomber à la charge de la Société de prévoyance.

A moins de frais encore, cette Société pourrait engager ses membres à s'assurer contre la maladie, en organisant pour eux une Caisse spéciale de prêts, destinée à leur permettre de payer leurs cotisations à la Caisse-maladie, en cas de gêne momentanée ; la perspective serait moins attrayante, mais elle pourrait encore déterminer ceux qui ont le plus besoin d'assurances, qui redoutent parfois de les contracter par crainte de ne pouvoir pas toujours faire face aux échéances.

La Société de prévoyance pourrait encore, au lieu de se préoccuper du payement des cotisations, allouer, à ses seuls membres assurés, une indemnité supplémentaire, analogue à celle proposée dans le projet qu'elle a élaboré, indemnité constituant une sorte de prime, qui élèverait d'autant l'indemnité garantie aux adhérents de l'Association amicale ; cette indemnité, qui est normalement de dix francs par jour, se réduit à cinq francs pour ceux, d'ailleurs extrêmement rares, qui préfèrent ne payer qu'une demi-cotisation.

Toutes ces combinaisons, ou toutes autres analogues, atteindraient le but qu'on se propose, plus simplement et avec plus de sécurité que celle à laquelle on s'est arrêté. Il me paraît, en effet, à peu près impossible que la combinaison projetée puisse tenir les promesses, d'ailleurs très séduisantes, je

(1) Le chiffre élevé des réserves ne prouve nullement que les cotisations aient été fixées à un taux trop élevé. Il ne faut pas oublier que les sociétaires vieillissent et que les moyennes de maladies s'élèveront avec les années.

---

médical tout entier est couvert par de telles remémorances. N'oublions jamais le bien qu'ils nous ont pu faire. »

En attendant que le livre d'or de nos hauts faits soit commencé dans ce journal, avec la collaboration de tous, qu'il me soit permis d'y suppléer en faisant de la sérothérapie morale, en donnant quelques extraits vraiment toniques.

Voici d'abord une fort belle page du docteur Cassine, de Saint-Quentin :

« C'est par l'influence médicale qu'une part des vérités scientifiques et morales pénétrera de plus en plus dans la conscience humaine. Le médecin d'à présent s'est placé tout en haut de notre échelle sociale, en un rang qu'il mérite, parce qu'il est un éducateur et l'un des dirigeants actifs de notre civilisation. La médecine n'est pas une carrière banale, un métier ; c'est un art, une vocation, un sacerdoce.

Le médecin doit avoir une honnêteté scrupuleuse, qui lui fait peser chacun des actes de sa vie. Exerçant la plus noble des professions, il a la conscience plus délicate que les gens du monde ; il relève d'une loi morale plus haute que la morale ordinaire. La médecine est moralement et intellectuellement une bonne école ; sévère et rude, mais fortifiante. Difficile d'accès, d'exercice pénible, de succès problématique, elle comporte néanmoins des joies profondes, que seuls peuvent goûter ceux qui l'aiment : la satisfaction de l'amour-propre, la douceur de la renommée, le contentement du devoir accompli, la certitude d'être utile. Notre profession n'est pas une industrie fondée sur les souffrances humaines, mais une magistrature conservatrice des vérités destinées à sauvegarder la santé, ce bien précieux entre tous. Le médecin, au cœur noble et élevé, plane sans cesse au-dessus des vulgarités quotidiennes. Il joue le rôle le plus élevé qu'il soit donné à un homme de remplir ; il guérit ou il console par la science ou par la charité. » (Le médecin dans la Société actuelle.)

. . . .

D'après Fissinger, le médecin, digne de ce nom, doit être un homme universel : la conviction de l'apôtre, le cœur de saint Vincent de Paul, la volonté de Napoléon, la patience d'un confesseur, le dilettantisme d'un artiste, la compréhension philosophique d'un Taine, le tact exquis de la Parisienne ; il lui faut cela au médecin, sans compter une instruction solide, une éducation soignée et les vertus de la vie privée, qui servent de base à tout le reste.

. . . .

Dans un de ses articles, Alexandre Hepp a montré le médecin dans son action toujours

le reconnais, qu'elle apporte aux membres de l'Association du Rhône.

La Caisse nouvelle les accepterait avec une cotisation n'atteignant que les 4/5e de la cotisation de notre Association amicale ; elle ne leur donnerait aussi que les 4/5e de notre indemnité, soit 8 francs par jour, mais la Caisse générale prendrait à sa charge le 1/5e supplémentaire. Les membres de la Société du Rhône pourraient ainsi, moyennant leur cotisation ordinaire de 12 francs, continuer l'œuvre de charité déjà entreprise et s'assurer gratuitement, par surcroît, le complétement de leur indemnité-maladie, puisque les deux cotisations réunies atteindraient à peine le taux de la nôtre pour les plus jeunes adhérents, et lui resteraient notablement inférieures pour les plus âgés.

Sur ce point, les auteurs du projet me paraissent se faire les plus dangereuses illusions. L'indemnité maladie se trouvant ainsi payée, partiellement, par deux caisses différentes, voyons quelles garanties du respect de ses engagements chacune d'elles peut donner aux adhérents.

La Caisse spéciale aura à sa charge les 4/5e de l'indemnité et elle encaissera les 4/5e de notre cotisation ; les garanties paraissent les mêmes ; en réalité, il n'en est absolument rien, et ceci pour deux raisons. La première, c'est qu'il faut pour cela un nombre élevé d'adhérents, indispensable pour obtenir une moyenne régulière de charges, pour équilibrer les risques ; les actuaires fixent à 300 associés, le nombre minimum nécessaire pour permettre toute confiance ; l'association amicale compte actuellement, deuxième trimestre 1897, 412 membres, dont 33 à Lyon ou dans le département du Rhône, et elle se développe tous les jours ; combien d'adhérents peut espérer réunir une caisse de cette nature, à l'usage exclusif des membres de l'Association de prévoyance des médecins du Rhône ?

La seconde raison est beaucoup plus grave ; si la clause qui la motive est maintenue, elle permet de présager la faillite à bref délai : « Feront partie de droit de la nouvelle création tous les membres actuels de l'Association, qui en feront la demande, *quel que soit leur âge*, sans subir de *visites médicales*. » C'est juste, dit-on, les membres les plus âgés, étant en général ceux qui ont versé le plus à l'Association ; les nouveaux, seuls, seront astreints à une visite médicale. Quelqu'excellente que soit l'intention, la clause n'est pas aussi juste qu'on veut bien le dire, car si les membres anciens ont versé plus à l'Association générale, ils n'ont rien versé du tout à la Caisse-indemnité, et les bonnes intentions ne suffiront malheureusement pas à remplir cette dernière.

Les tarifs que l'on veut nous emprunter ont été calculés avec soin, au taux le plus bas possible, pour des sujets bien portants au moment de l'entrée, âgés de moins de 64 ans ; ils seront absolument insuffisants, si on se place dans d'autres conditions.

Le 1/5 à la charge de l'Association est-il mieux garanti ? Celle-ci se propose d'y consacrer ses bénéfices et au besoin le tiers de ses cotisations. Cette somme sera-t-elle suffisante ? Oui et non ; oui, peut-être, si on accorde cette indemnité, aux frais de tous les membres, uniquement à ceux qui adhéreront à la Caisse annexe ; encore faudra-t-il que le nombre de ces adhérents ne soit pas trop grand. Certainement non, si on accorde l'indemnité à tous les membres de l'Association ; même en admettant, comme on l'espère, qu'un certain nombre d'entre eux ne réclameront pas le droit d'en profiter, ce qui cesse d'ailleurs d'être de la mutualité pour redevenir de la simple charité. Le tiers des cotisations, soit 4 francs par membre, même augmenté des bénéfices, ne peut pas suffire, à beaucoup près, à garantir 2 francs par jour d'indemnité-maladie à des sociétaires de tout âge admis sans certificat médical !

Pour tous ces motifs, il me semble légitime de conclure que, ceux des médecins du Rhône qui comprennent la haute importance des indemnités-maladies, *acquises de droit*, et qui veulent s'assurer la sécurité qu'elles comportent, n'ont encore, aujourd'hui comme hier, rien de mieux à faire que d'entrer dans l'Association amicale des médecins français, en suivant en cela l'exemple que leur ont donné les 33 confrères de notre département qui les y ont précédés au cours de ces deux dernières années.

L. BARD.

Il nous paraît difficile de mieux faire ressortir les chances d'insuccès de l'œuvre nouvelle : encore notre délégué n'insiste-t-il pas sur la lenteur et les difficultés du recrutement des

---

grandissante, tenant en sa main l'honneur, le secret, le mécanisme de la famille, mêlé insensiblement à ses délibérations et prenant, de la sorte implanté, par la force de nos misères et de nos épouvantes, quelque chose de l'autorité ancienne du confesseur :

« L'observateur pourrait étudier en lui le véritable maître du temps. Il apparaît dans les infiniment petits, jusque dans ceux de la mode, en même temps que sa voix commence à s'élever souverainement dans le prétoire de la justice ; non seulement, il s'efforce de nous faire autant que possible vivre en bonne harmonie avec les exigences de notre condition humaine, mais la chaleur de son enquête et de son savoir, l'intrépidité de son dévouement, vont jusqu'à le porter à essayer le bouleversement et la réforme de cette condition.

Certes, une telle entreprise n'est pas sans grandeur, et arrête sur les lèvres la plaisanterie classique ; le spectacle de cet homme qui, dans un recoin d'hôpital ou de clinique, fouille le tréfond de notre mystère, de ses mains s'attaque à l'œuvre de la création, prétend l'interpréter, la reviser, la simplifier selon son entendement, encore qu'il offre un aspect de profanation, ce je ne sais quoi qui satisfait notre idéal d'orgueil.

Et il faut admirer cette lutte, pièce à pièce, avec l'affranchissement d'esprit, le progrès de conscience qu'elle représente. »

. . . .

C'est en s'inspirant de pensées analogues, que M. H. Leroux a pu dire ce qui suit :

« La médecine d'aujourd'hui est le carrefour de toutes les sciences. Par l'hygiène, elle touche à la politique, par les dernières recherches physiologiques, elle confine à la philosophie ; par la pitié qu'elle suppose pour la souffrance humaine, elle devient une religion. En voilà plus qu'il n'en faut pour expliquer tant de vocations qui se déclarent aujourd'hui chez des gens du monde, jusque sur des trônes. Ce serait une besogne impie que de chercher à les décourager. Le rêve de soulager les hommes, de vivre en contact avec la douleur, est une des beautés morales qui resplendissent avec le plus d'éclat sur la face de cette génération. »

***

Après avoir lu ce qui précède, on se sent plus à l'aise et mieux armé pour parler de la campagne violente, qui a été menée contre nous, d'abord par l'*Autorité* et ensuite par presque tous les journaux. — On serait autorisé à croire que M. de Cassagnac, en traitant avec insistance les chirurgiens de charognards, s'est trop souvenu qu'il avait eu pour concurrent politique un membre de l'Institut, dont le désintéressement est cependant exemplaire. On pourrait encore

œuvres de prévoyance, fussent-elles confraternelles ?

Nous recommandons les sages conseils du Professeur Bard à nos confrères de la région Lyonnaise, comme à ceux des autres régions qui seraient tentés de créer aussi des œuvres locales, reposant sur une association chimérique des règles de la prévoyance avec les préoccupations de la bienfaisance sentimentale.

Tous savent quelles garanties présente l'Association Amicale :

Elle a le nombre, — or ce nombre les caisses locales ne pourront pas l'obtenir ;

Ses calculs ont été établis d'une manière précise, par un actuaire compétent, — les caisses locales devront donc prendre ses chiffres sous peine de péricliter à bref délai ;

Ses inventaires périodiques permettent, d'ailleurs, de contrôler, d'une manière pratique, l'exactitude des dits calculs ;

Son fonctionnement est connu, il se fait au grand jour et nous l'avons exposé nous-mêmes dans tous ses détails ;

Enfin, son capital, dont l'emploi est réglé par les statuts, est à l'abri de tout aléa.

Si donc, nous voyons les inconvénients que peuvent présenter les Caisses locales, nous comprenons moins les avantages que leurs adhérents pourraient en retirer et c'est dans un esprit purement confraternel que nous croyons pouvoir leur conseiller de renoncer à leurs idées particularistes et de s'agréger purement et simplement à l'Association Amicale, qui leur offre ce qu'ils peuvent désirer.

Les Sociétés locales diverses peuvent d'ailleurs, comme le montre le Professeur Bard, aider leurs membres à payer leurs cotisations si cela devient utile ; elles peuvent leur accorder certains suppléments, elles peuvent, en un mot, faire œuvre de bienfaisance, à côté de l'Association Amicale qui, elle, est *œuvre de prévoyance et de droit absolu.*

LA SEMAINE MÉDICALE

La strychnine contre l'alcoolisme.

D'après M. le professeur *Combemale*, de Lille, la médication de l'alcoolisme chronique, par les injections sous-cutanées de strychnine, à raison de 2 à 5 milligrammes, par jour, pendant quinze jours de suite, donne de bons résultats entre les mains de tous les praticiens qui les emploient : au point de vue des indications de cet agent médicamenteux, c'est dans la période de l'alcoolisme confirmé, avec de rares ou sans épisodes aigus, mais reconnaissable à ses stigmates, qu'il agit le mieux sur le sommeil, sur l'hyperesthésie cutanée, sur l'appétit, sur les phénomènes neurasthéniformes, sur l'impulsion à boire. Pour ce qui est des contre-indications, la dégénérescence évidente des centres nerveux ou des organes essentiels, et l'imperméabilité du foie et des reins sont des états devant lesquels le médecin devra renoncer à se servir de la strychnine, s'il ne veut pas échouer dans son essai ou s'il a cure d'éviter à son malade les accidents de l'empoisonnement par la strychnine.

Insufflation directe chez le nouveau-né par le procédé du stéthoscope.

M. le Dr *Fieux*, de Bordeaux, décrit, dans la *Revue obstétricale*, un procédé qui permet de substituer à l'insufflateur, de maniement assez malaisé, un instrument qui est dans toutes les mains ; cet instrument, c'est le stéthoscope.

Voici comment il décrit ce procédé :

Si l'on sépare la plaque du stéthoscope on est en possession d'un tube terminé d'un côté par un embout, et de l'autre par une portion évasée, un pavillon. Le stéthoscope, qui est aujourd'hui d'un usage courant en obstétrique, est muni d'un pavillon large de 4 centimètres environ, entouré d'un bourrelet circulaire qui

---

supposer qu'il a dû trouver trop élevée quelque note d'honoraires, le concernant, lui ou les siens. Ces messieurs de la presse n'aiment pas à payer et sont tout étonnés lorsqu'on les traite comme le commun des mortels. — Lorsqu'il aura retrouvé son sang-froid et mis un terme à son courroux, j'espère que le fougueux écrivain consentira à plaider la cause du médecin intègre. — Pour cela, il n'aura qu'à raconter combien de clients abusent de sa bonne foi, de son dévouement, de son abnégation ; il dira combien de malades, après guérison, quittent leur appartement sans laisser leur adresse ; il publiera la liste nombreuse de tous ceux qui, sans honte, invoquent la prescription, pour ne pas reconnaître les soins reçus ; il apitoiera enfin les cœurs des clients sur ces vétérans morts de misère, qui auraient pu vivre de leurs rentes avec le produit des notes im- payées.

Les injures ont recommencé à pleuvoir avec l'affaire Thomson. On n'a pas manqué de faire de lourdes plaisanteries sur les dames, qui, n'ayant pas fait à temps le sacrifice de leurs ovaires, viennent plus tard solliciter de la science un allégement à leurs remords et se livrer à des manœuvres de la dernière heure ; « C'est par la petite aiguille de Pravaz que l'on commence, écrivait récemment un journaliste, et par la grande aiguille à tricoter que l'on finit. Cours mon aiguille, chante le praticien sur un air connu. Au temps jadis, cela se faisait mystérieusement ; aujourd'hui, les opérateurs ont une clinique, peut-être bientôt des instituts de quartiers comme les dentistes. Au Louvre abortif ! quelle jolie enseigne ! »

Vraiment, cela n'est pas juste. — A ce compte, pourquoi ne pas accuser l'armée de ne se composer que de traîtres, puisqu'elle a compté Bazaine et Dreyfus dans ses rangs ? — Il y a eu de tout temps des écrivains, des magistrats, des prêtres, etc., qui ont été pris en flagrant délit, qui ont été reconnus coupables de méfaits graves, sans que pour cela l'honneur de leur corporation en ait été terni. Les fautes individuelles ne doivent flétrir que le malfaiteur, c'est élémentaire. C'est ce que dit le sage Cléante à Orgon, désespéré par la perfidie de Tartuffe :

Quoi ! parce qu'un fripon vous dupe avec audace,
Sous le pompeux éclat d'une austère grimace,
Vous voulez que partout on soit fait comme lui.
. . . .
Laissez aux libertins ces sottes conséquences. —

s'adapte merveilleusement à la façon d'un masque sur la partie inférieure de la face du nouveau-né.

Ce pavillon y sera placé de telle sorte qu'en défléchissant la tête de l'enfant, il emboîtera du même coup le menton et la racine du nez, et sur les côtés appuiera sur les joues.

Pour embrasser à la fois le menton et la racine du nez, chez les enfants un peu volumineux, il est nécessaire que le bord du stéthoscope correspondant au menton, relève bien celui-ci. Dans ces conditions, la bouche est hermétiquement close et l'air ne sera introduit que par les fosses nasales, les narines restant largement ouvertes.

La pratique de cette insufflation au stéthoscope est des plus simples : on s'assied près du bord d'une table ou du coin d'un lit. On y couche l'enfant, une serviette roulée sous les épaules, de telle sorte que la tête, débordant légèrement, se mette en extension, la face regardant presque le visage de la personne chargée de le ranimer.

L'index et le médius de la main gauche, placés sous le menton, exagéreront l'extension, pendant que la main droite placera le stéthoscope sur la face de l'enfant, de la manière que nous avons déjà indiquée.

Alors, tandis que le médius gauche, toujours sous le menton, conserve la tête dans sa position première, l'index et le pouce de la même main maintiendront le masque bien appliqué. On peut, à ce moment, commencer à insuffler par l'extrémité de l'instrument dont on a au préalable dévissé la plaque, bien que la présence de celle-ci ne soit nullement un obstacle au procédé, dans le cas où le sthétoscope ne serait pas démontable.

La main droite, restée libre, presse légèrement sur le thorax après chaque insufflation pour aider et compléter le mouvement expiratoire.

Si l'on soupçonne une accumulation de mucosités ou de liquides dans les voies respiratoires, deux ou trois fortes aspirations pratiquées par l'embout du stétho scope et suivies chacune d'une abstersion du pharynx avec l'extrémité du petit doigt, devront précéder l'insufflation rythmique. Cela suffit pour enlever les liquides, qui ont pu être inspirés, par l'enfant, avant sa naissance.

Ce procédé, certes, est bon et pratique, mais combien il est inférieur à la méthode des tractions rhythmées de la langue de M. le Dr Laborde, qui nous a TOUJOURS permis de faire revenir à la vie des nouveau-nés asphyxiés depuis longtemps et considérés comme morts par les sages-femmes elles-mêmes !

Le baume de copahu dans les sciatiques rebelles.

M. le Dr Glorieux rapporte, dans la *Polyclinique de Bruxelles*, trois cas de névrite sciatique chronique, remontant déjà à plusieurs mois et rebelles à tous les traitements, et qui furent guéris par l'emploi du baume de copahu, suivant la méthode préconisée par l'auteur anglais Marsh. Ce traitement consiste à prendre 50 à 60 gouttes de baume de copahu par jour, mais il faut que le traitement soit prolongé, l'amélioration ne se faisant pas toujours sentir avant une ou deux semaines, ou même davantage. On doit le continuer un mois ou deux, suivant les cas.

M. Glorieux emploie aussi le liniment suivant, tant en frictions, qu'en compresses :

Alcool fort............ Chloroforme............	} àâ 30 grammes.
Ammoniaque.......... Camphre..............	} àâ 15 grammes.
Laudan. Syd...........	10 grammes.

Cette préparation est très efficace et, pour peu qu'on la laisse en place, elle produit une révulsion pouvant aller jusqu'à la vésication. Il

---

Laissez, dirai-je à mon tour, les voix d'en bas s'enfler péniblement et inutilement contre les voix d'en haut. On trouve que le médecin tient trop de place dans notre Société actuelle et on voudrait l'amoindrir, faute de pouvoir le supprimer ; mais la lime est résistante et les serpents s'y blesseront, avant de l'entamer.

. . . .

. . . .

En terminant, je veux faire une courte allusion à un discours de mariage, que j'entendis au temple de l'Oratoire. Un médecin épousait la fille d'un autre médecin et les confrères étaient nombreux dans l'assistance. Le pasteur profita, avec beaucoup d'à propos, de cette circonstance pour développer cette thèse que, lorsqu'on exerce notre profession, on a beau avoir des idées matérialistes, impies, athées ; on reste religieux quand même, du fait même de cette pratique : Quand même vous ne le voudriez pas, disait-il, vous faites œuvre pie, œuvre divine, en apportant du bonheur et de l'espérance dans les foyers désolés de vos clients. — Les médications sont parfois infidèles, infructueuses, mais une parole de consolation, de sympathie, est toujours utile. Elle empêche que le malade ait conscience de l'affreuse vérité ; lorsque son existence est gravement compromise, elle lui permet même de se raccrocher à la vie, et, par un effort suprême, de reprendre le dessus, de juguler définitivement les influences morbides qui l'opprimaient. Elle n'a pas voulu mourir, s'écriait un de nos maîtres, en voyant renaître en quelque sorte une mère de famille, qu'il considérait comme perdue. On ne saurait méconnaître l'action heureuse du moral sur le physique. Sauf les cas extrêmement graves, je suis convaincu que dans bien des circonstances, nous pouvons suggestionner les moribonds, soit pour les aider à franchir d'une façon moins désespérée le sombre passage, soit pour leur imprimer une impulsion salutaire, qui les relève de leur torpeur et les conserve à leur entourage. Si, à un certain âge, on ne saurait plus être heureux que par le bonheur des autres, il faut avouer que les médecins occupés ont de bien nombreuses occasions d'éprouver la satisfaction intime de semer de la joie autour d'eux. Cela console de bien des déceptions.

Dr GRELLETY (de Vichy).

importe donc de surveiller son effet et les différents anesthésiques qu'elle renferme calment très bien l'élément douleur. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*) L'influence du copahu sur certaines sciatiques est peut-être due à ce que bien des sciatiques sont d'origine blennorrhagique ; ainsi s'expliquerait l'action si spéciale de cette résine.

MÉDECINE PRATIQUE

Tuberculose génitale. (*Suite.*) Organes génitaux de l'homme.

B. Prostate.

La prostate est presque constamment envahie dans les cas de tuberculose vésicale, aussi bien que dans ceux de tuberculose du testicule. De même que pour ces organes, c'est pendant la période d'activité sexuelle, de 15 à 65 ans, que la prostate est sujette à la tuberculose ; de même aussi que pour ces organes, la blennorrhagie chronique et les excès génitaux sont les causes prédisposantes les plus actives, qui permettent l'infection bacillaire.

Les tubercules de la prostate se présentent à l'état de granulations grises ou à l'état de crudité ; c'est ce dernier mode que l'on y rencontre même le plus fréquemment ; ils sont généralement très rapprochés de la muqueuse uréthrale, sont disséminés sous forme de nodules ou envahissent tout un lobe. Quand ils se ramollissent, ils forment des abcès, des cavernes qui se vident soit dans l'urèthre, par un ou par plusieurs orifices, soit dans la vessie, le rectum, le péritoine même. Le pus tuberculeux peut fuser aussi vers le périnée et l'anus et donner naissance à des fistules assez particulières (Ricord). La transformation crétacée peut aussi se voir à la prostate, comme dans toutes les tuberculoses viscérales. La tuberculose de la prostate peut se montrer avec une intégrité absolue des poumons, dans un bon tiers des cas ; elle peut même exister seule, sans lésions génitales, ni urinaires ; mais ce dernier cas est exceptionnel.

La tuberculose prostatique n'a généralement pas de symptômes subjectifs assez nets pour la faire découvrir ; c'est le plus souvent, par hasard, en pratiquant le toucher rectal, que l'on fait cette découverte. Tout au plus, le malade éprouve-t-il quelques brûlures ou pesanteurs en urinant, au voisinage du col vésical. Il a de la pollakiurie sans polyurie et éprouve à se satisfaire les mêmes difficultés que l'hypertrophié prostatique ; parfois, il a de la rétention complète.

Les hématuries sont fréquentes, mais le sang n'est pas mélangé à l'urine, comme dans les hémorrhagies vésicales et rénales ; il est expulsé pur soit au début, soit à la fin de la miction (Duplay).

Souvent, il se produit, par l'urèthre, une subite évacuation de pus, ne provoquant ni cuissons, ni transformations de couleur, comme le pus du gonocoque ; mais, cependant, attribué par le malade lui-même à une recrudescence, à un réveil de chaude-pisse.

Cet écoulement résulte de l'ouverture dans le canal d'un ou plusieurs foyers tuberculeux ramollis et suppurés. Il cesse spontanément au bout de 20 à 30 jours, pour reparaître ensuite sans cause, et avec les mêmes caractères, après avoir été, comme la première fois, annoncé par du malaise et quelques petits frissons (Duplay).

Le toucher rectal permet de constater, au début, une augmentation de volume de la glande et une sensibilité exagérée à la pression. Bientôt, la consistance, habituellement égale de la prostate, devient inégale ; la surface est bosselée, dure par places, molle en d'autres, fluctuante, même, en certains points. Les vésicules séminales sont dures et comme injectées avec du suif. Le canal déférent est moniliforme et induré ; enfin, les épididymes ou les testicules sont souvent envahis, bosselés, douloureux. Le cathétérisme ne doit pas être tenté de parti pris ; mais quand il est pratiqué par ignorance du diagnostic réel, il indique souvent l'existence d'une caverne prostatique, la sonde s'engageant par son bec dans une cavité située en avant de la vessie, tandis que son extrémité libre donne issue à un mélange de pus et d'urine fétide.

Il ne faudra pas oublier de faire aussi un examen minutieux des poumons.

La tuberculose prostatique coïncidant généralement avec une autre localisation du bacille de Koch, génito-urinaire ou pulmonaire, est d'un pronostic habituellement fatal. Toutefois, elle peut guérir par transformation crétacée.

Quant au traitement, il est d'une inefficacité désespérante. Les abcès nécessitent assez souvent un débridement au bistouri, à condition d'être faciles à atteindre ; le plus fréquemment, la seule intervention à essayer consiste en lavages quotidiens antiseptiques au sublimé ou à l'antipyrine, par le procédé sans sonde du Dr Lavaux.

Le traitement général est toujours indispensable pour donner quelqu'espoir au malade (séjour à la mer, dans une station minérale chlorurée sodique, traitement par l'huile de foie de morue, le gaïacol, les lavements créosotés au lait, les suppositoires au gaïacol, les bougies uréthrales solubles au gaïacol, à l'iodoforme, à l'ichthyol).

C. Vésicules séminales.

Toujours consécutive à la tuberculose prostatique, testiculaire ou vésicale, la tuberculose des vésicules séminales se présente le plus souvent sous la forme de l'infiltration caséeuse. « Tantôt, « dit Duplay, la matière tuberculeuse occupe iso- « lément les alvéoles, tantôt la vésicule est com- « plètement remplie et transformée en une po- « che à cavité unique. »

« Dans le premier cas, l'organe est bosselé, irrégulier, comparable à une masse de circonvolutions congelées. Dans le second cas, qui représente un degré plus avancé, la vésicule lisse, distendue, forme une pyramide triangulaire à bords mousses, dont la base répond à la prostate. En dedans, elle adhère à l'ampoule du déférent, remplie elle-même de matière caséeuse.

L'induration du tissu cellulaire périphérique la fait adhérer aux parties voisines et particulièrement à l'aponévrose prostato-péritonéale. La muqueuse, qui est la première atteinte, est aussi la première à se détruire. L'ulcération ainsi produite, répond, par le fond, aux couches

profondes de la muqueuse ou même à la musculeuse. Celle-ci est envahie et détruite à son tour, et il ne reste plus que la membrane fibreuse qui s'épaissit au point d'atteindre un millimètre et davantage, et oppose une barrière à l'envahissement tuberculeux. — Ce processus explique la rareté des fistules vésiculaires d'origine tuberculeuse. Il rend également compte de la possibilité et de la fréquence même de la guérison, qui aurait lieu par transformation fibreuse des vésicules, qu'on trouve alors sous forme d'une petite masse dure, criant sous le scalpel, sans aucune trace de cavité. »

Les symptômes de la tuberculose vésiculaire se confondent avec ceux de la tuberculose vésicale et de la tuberculose prostato-testiculaire qu'elle accompagne généralement.

Nous ne reviendrons pas ici sur les hématuries, la pollakiurie, l'éréthisme vénérien passager, la pyurie et la blennorrhée uréthrale, déjà décrites, qui caractérisent les localisations tuberculeuses prostatiques et vésicales. Ce que l'on peut faire remarquer de spécial, dans la symptomatologie de la tuberculose vésiculaire, c'est une série de troubles génitaux, tels que : phénomènes d'excitation génitale continuels, pollutions fréquentes, éjaculations rapides, hémospermie, c'est-à-dire mélange de sang au sperme. Au début, le malade peut conserver sa fécondité ; mais peu à peu, avec les désirs, disparaissent les érections, les éjaculations et la puissance virile. Au toucher rectal, on note une augmentation de volume de la prostate, sa dureté, ses irrégularités, ses bosselures ; au-dessus de la prostate, le col de chaque vésicule est devenu perceptible ; il est dur, arrondi, se continuant en haut avec une masse plus volumineuse, se perdant en bas dans la prostate même. La masse constituée par le corps de la vésicule est tantôt dure, bosselée, inégale, tantôt pyramidale, volumineuse, soulevant la paroi rectale, unie, comme gonflée de suif ou de mastic. Peu à peu, la masse se ramollit et devient nettement fluctuante ; l'abcès est formé, il se vide dans l'urèthre ou dans la vessie.

La terminaison se fait soit par progression de la tuberculose, extension, généralisation et mort, ou par rétraction fibreuse et cicatrisation, après évacuation des produits caséeux ramollis ; mais cette guérison est suivie de l'abolition des fonctions génésiques, presqu'irrémédiablement.

Le traitement de la tuberculose des vésicules séminale consiste en lavements créosotés ou gaïacolés et suppositoires iodoformés et gaïacolés, du genre de ceux-ci :

Iodoforme pulvérisé...	0,10 centigr.
Gaïacol pur cristallisé	0,20 centigr.
Beurre de cacao.......	6 gr.

pour 1 suppositoire.

Un chaque soir. Le lendemain matin un lavement boriqué chaud.

La chirurgie se borne à l'incision par voie rectale des abcès tuberculeux vésiculaires, quand ils sont accessibles.

Le traitement général consiste en toniques phosphatiques, arsenicaux, etc., séjour au grand air et séjour aux stations maritimes ou chlorurées sodiques.

Dr Paul Huguenin.

Tuberculose génitale.
Organes génitaux de la femme.

A. Utérus.

La tuberculose féminine génitale est peu connue, peu étudiée et cependant, elle n'est pas rare et paraît être, plus souvent qu'on ne le croit généralement, l'origine de la contagion génitale de l'homme. De même que chez l'homme, le gonocoque blennorrhagique appelle à sa suite le bacille de Koch.

C'est donc généralement, pendant la période d'activité sexuelle que la tuberculose se développe sur l'utérus ; on en a cependant vu des exemples avant la puberté, par suite de la généralisation de l'infection bacillaire.

Au point de vue anatomo-pathologique, le tubercule apparaît sur la muqueuse utérine sous la forme de granulations grises, qui peuvent être confluentes ou au contraire disséminées. Leur ramollissement donne à la muqueuse un aspect pulpeux caséeux, jaunâtre. La tuberculose gagne ensuite le parenchyme, de sorte qu'en peu de temps, la paroi de l'organe est profondément envahie ; la masse caséeuse suppure et se détache par fragments ; l'ulcération peut amener la destruction totale d'une portion de la paroi et déterminer une perforation utéro-rectale, utéro-vésicale, utéro-péritonéale (1). Cette dernière éventualité est naturellement suivie d'accidents septiques et de péritonite suraiguë.

Le col, d'abord infiltré de granulations, se creuse lui même d'ulcérations, de cavernules, puis de cavernes véritables, aux dépens de sa substance et finit par se ramollir en totalité. Le vagin est alors envahi lui aussi par le bacille ; les granulations miliaires, qui y sont incrustées, forment des ulcérations plus ou moins irrégulièrement disséminées. Les annexes, trompes et ovaires, sont secondairement infectées ainsi que le péritoine pelvien. Enfin la vessie peut, elle aussi, être envahie par la tuberculose consécutivement ou antérieurement à l'utérus.

La symptomatologie de la métrite tuberculeuse est, au point de vue subjectif, assez semblable à celle de toutes les métrites en général.

Il est habituel que la malade ait tout d'abord son attention attirée par une *leucorrhée* plus ou moins abondante, survenant principalement après les menstrues. Puis apparaissent, des *pesanteurs lombo-sacrées*, des *tiraillements pelviens*, des *irradiations douloureuses* dans les cuisses, dans les articulations sacro-iliaques, dans la région coccygienne. Les douleurs peuvent être soulagées par le repos au lit, mais pas constamment ; des troubles digestifs (dyspepsie, gastralgie, constipation), nerveux et dysménorrhéiques viennent encore aggraver la situation et parfois même, masquent complètement les symptômes locaux du côté du petit bassin.

De plus, le larynx ou les poumons, souvent les deux ensemble, sont atteints par le bacille primitivement ou secondairement et sont le siège de phénomènes plus ou moins accentués de toux, d'enrouement, d'expectorations mucopurulentes, nummulaires, d'accès d'oppression, de suffocations, etc. L'amaigrissement, l'émaciation des traits, l'inappétence, les sueurs noc-

(1) Duplay.

turnes, enfin les accès fébriles vespéraux sont autant de signes généraux, auxquels il n'y a malheureusement pas à se tromper. Les malades éprouvent le plus souvent des douleurs pelviennes assez vives au moment ou à la fin des mictions ; les urines sont troubles, sanguinolentes ou purulentes ; leur évacuation s'accompagne de ténesme et de brûlures. Les règles subissent d'importants dérangements : tantôt, elles sont supprimées (aménorrhée des tuberculeuses) ; tantôt elles sont, au contraire, fréquemment renouvelées, et prennent une allure hémorrhagique, métrorrhagique, qui épuise les malades. Le coït, dans ces conditions, est douloureux et la conception exceptionnelle. La leucorrhée est le plus souvent une véritable pyorrhée jaune-verdâtre contenant de nombreux germes pyogènes, mais rarement les bacilles de Koch, quand il n'y a que des lésions utérines.

Le toucher vaginal fait connaître que le col est tuméfié, entr'ouvert, irrégulier, parsemé soit de granulations comme des grains de millet, soit d'ulcérations arrondies, déchiquetées ou complètement anfractueuses. Comme le vagin est fréquemment le siège de localisations tuberculeuses, le toucher est le plus habituellement douloureux et assez mal supporté. Les culs-de-sac latéraux sont douloureux aussi ; ils sont plus ou moins effacés, occupés l'un ou l'autre par une tuméfaction sensible correspondant à l'infection de l'une des deux trompes ou d'un ovaire par la tuberculose. Enfin, on constate assez souvent que l'utérus est immobilisé, fixé dans le petit bassin par de nombreuses adhérences péritonéales pelviennes, dues à l'extension de la tuberculose au péritoine.

Au spéculum, on remarque d'abord la douleur vaginale et le vaginisme provoqués par son introduction. Le col est rouge, granuleux, béant, ulcéré tout autour du canal cervical, parsemé de granulations gris-jaunâtre, recouvert de débris purulents. Les lèvres de l'orifice du col sont saignantes, laissant apercevoir dans leur intervalle la muqueuse ulcérée, en ectropion.

Le cathétérisme de la cavité cervicale et de la cavité du corps révèle un agrandissement de cette cavité ; il indique la sensibilité de l'organe et ramène des débris putrilagineux qui, examinés au microscope par le procédé d'Ehrlich, montre la présence de bacilles tuberculeux.

S'il n'existe ni complications péritonéales, ni phénomènes pulmonaires concomitants, on peut dire, qu'il est à peu près impossible de faire un diagnostic ferme de tuberculose utérine, à moins que les débris ramenés par l'hystéromètre n'aient décelé la trace de bacilles de Koch. Les symptômes sont tellement semblables à ceux de toute métrite, sauf peut-être les ulcérations avec granulations gris-jaunâtre que fait apercevoir le spéculum à un œil exercé, que la plupart du temps la tuberculose utérine passe inaperçue, c'est à cause de ce fait qu'il en est à peine parlé dans les ouvrages classiques. Il est d'ailleurs certain que toute métrite existant même chez une tuberculeuse avérée, n'est pas nécessairement de nature tuberculeuse. Une tuberculeuse peut avoir une métrite blennorrhagique ou une métrite puerpérale comme un tuberculeux peut avoir une orchite et une prostatite blennorrhagique. Tant que l'on n'a pas trouvé dans les débris ou dans le pus, le bacille caractéristique de Koch, il serait prématuré et illogique de conclure à l'infection tuberculeuse de l'utérus.

Le traitement doit être minutieusement appliqué, car, même dans les cas de complications péritonéales ou annexielles, il peut amener la guérison. Il consistera surtout en injections antiseptiques de sublimé à 1/2000 ou de permanganate de potasse à 1/2000. Puis en asséchements complets de la cavité vaginale, des culs-de-sac et du col au moyen du spéculum et de tampons d'ouate sublimée ou simplement stérilisée ; enfin, en pansements intra-utérins avec des crayons d'iodoforme, de gaïacol iodoformé, ou de glycérine créosotée. L'action de ces topiques étant directe sur les bacilles, le résultat est souvent favorable. Mais il importe, pour réussir, de renouveler ces pansements tous les deux jours et de maintenir les malades couchées, afin que les crayons soient bien supportés.

Les médicaments toniques, l'alimentation azotée, substantielle, le séjour dans une station chlorurée sodique sont autant de conditions *sine qua non* du succès du traitement local, comme pour toutes les autres tuberculoses génitales.

II

B. Trompes de Fallope.

La salpingite tuberculeuse est une affection plus fréquente que la métrite tuberculeuse. Elle se rencontre pendant la période d'activité sexuelle de 14 à 50 ans environ ; mais elle peut, aussi se montrer chez les filles avant la puberté. Tantôt elle est secondaire à une péritonite tuberculeuse, tantôt elle est d'origine ascendante et provient de l'utérus ou des liquides introduits dans le vagin par un coït avec un tuberculeux testiculaire, prostatique ou vésiculaire ; tantôt enfin elle est provoquée par la propagation d'abcès tuberculeux osseux du petit bassin (tuberculose vertébrale, iliaque, coxale).

Les lésions observées le plus habituellement sont les suivantes : la trompe infectée est flexueuse, dilatée, vascularisée ; son pavillon est fixé en plusieurs points par des adhérences. La muqueuse est dépouillée de son épithélium, infiltrée jusque dans les couches fibro-musculaires de cellules géantes et de follicules tuberculeux. Lorsque le ramollissement des tubercules se produit, l'ampoule de la trompe se laisse distendre par le pus et une tumeur liquide, ayant généralement le volume d'une mandarine ou même d'une orange, se trouve ainsi constituée.

Le péritoine avoisinant forme de nombreuses adhérences avec la trompe malade et constitue des loges à peu près closes, qui limitent les dangers d'infection de la séreuse totale en cas d'ouverture de l'abcès. Souvent, l'abcès s'ouvre vers l'utérus, ou vers le rectum, ou dans un des culs-de-sac vaginaux, ou dans la vessie.

Les signes qui permettent de reconnaître une salpingite tuberculeuse sont : les *douleurs* pelviennes latérales, tantôt uni, tantôt bilatérales, la leucorrhée, la pyorrhée intermittente, par saccades, par éjaculations, la dysménorrhée et même l'aménorrhée, enfin les poussées fébriles et congestives qui accompagnent les règles. Rarement, on perçoit par le palper abdominal une tuméfaction pelvienne latérale, mais par le

toucher vaginal profond, combiné avec le palper abdominal, on arrive à sentir une région tuméfiée, empâtée, douloureuse, fluctuante même, qui correspond à la trompe malade. Le pus, examiné au microscope, contient toujours les bacilles de Koch.

Quant à l'examen au spéculum, il ne peut donner des renseignements que sur l'utérus et le col, mais non sur la salpingite. Le cathétérisme utérin est plutôt mauvais et sans utilité. Par le toucher rectal, on peut arriver à reconnaître la situation de la tumeur salpingienne et l'étendue approximative de ses adhérences péritonéales.

La salpingite tuberculeuse est tantôt unilatérale, tantôt bilatérale ; dans ce dernier cas, il est rare que le péritoine pelvien ne soit pas envahi tout entier, et l'utérus immobilisé dans un étau d'adhérences. Elle est le plus souvent compliquée de cystite et de néphrite tuberculeuse, ce qui fait que la malade ne tarde pas à tomber dans une cachexie génito-urinaire très grave. Les poumons sont infectés secondairement ou antérieurement,et cette multiple localisation tuberculeuse aboutit fréquemment à la mort.

Il est rare que la salpingite tuberculeuse évolue vers la guérison ; toutefois, cette guérison est possible, à condition que l'abcès tubaire se vide par le vagin ou le rectum et qu'une cicatrisation fibreuse vienne réparer les dégâts de la fonte tuberculeuse.

Le diagnostic est toujours peu ferme tant qu'on n'a pas sous les yeux ou plutôt au microscope, la preuve irréfutable que donne la présence des bacilles de Koch dans le pus recueilli directement au col utérin. La constatation d'une tumeur pelvienne latérale, douloureuse, amenant des troubles menstruels et de la pyorrhée intermittente chez une femme notoirement tuberculeuse pulmonaire ou atteinte d'abcès vertébraux ou coxaux est cependant une très forte présomption en faveur de la salpingite tuberculeuse. Toutefois, comme pour la métrite, il peut se produire une salpingite puerpérale ou une salpingite blennorrhagique chez une tuberculeuse, sans que cette salpingite soit nécessairement bacillaire. La constatation microscopique est donc de première nécessité.

Le traitement est trop souvent inefficace ; l'extirpation salpingienne par la voie abdominale est une opération bien grave pour la plupart des tuberculeuses atteintes de salpingite et, pourtant, que peut-on espérer de pansements vaginaux et intra-utérins, de révulsifs locaux abdominaux pour guérir un abcès tuberculeux de la trompe ? Nous pensons donc que dans le cas où les poumons sont peu ou point atteints, il vaut mieux recourir à l'extirpation pure et simple par la laparotomie ; mais si des cavernes se dessinent dans les poumons d'une part, si la vessie, les reins, les os sont atteints d'autre part, il vaudra mieux se borner à des palliatifs, à des calmants (morphine), à des injections vaginales de propreté, sans examens, ni pansements au spéculum, et à une médication tonique générale de consolation.

III

C. Ovaires.

La tuberculose ovarique est rare, ou, du moins, elle est si rarement reconnaissable, si rarement accessible au traitement, qu'elle ne constitue jusqu'à présent qu'une trouvaille de laparotomie, ou d'autopsie. Elle coïncide généralement avec la péritonite tuberculeuse ou avec la métro-salpingite de même nature.

IV

D. Vagin. Vulve.

Le vagin est fréquemment envahi par des granulations ou des ulcérations bacillaires soit consécutivement à une métrite, soit à la suite de coïts répétés avec un tuberculeux prostatique, vésical ou testiculaire.

Ces lésions produisent du vaginisme et de la leucorrhée vaginale abondante. Les bacilles se trouvent en grand nombre dans ce pus et le diagnostic de l'affection repose uniquement sur cette constatation microscopique.

Le traitement local consiste en nettoyages soignés antiseptiques, et tamponnements à la vaseline liquide iodoformée ou gaïacolée.

Le traitement général est toujours invariablement constitué par les toniques, l'alimentation substantielle et les bains salins.

Dr Paul Huguenin.

FAITS CLINIQUES.

Note sur la tuberculose traumatique.

On a recueilli, dans ces dernières années, un assez grand nombre d'observations touchant l'influence d'un traumatisme sur le développement de la tuberculose. Voici deux observations qui me paraissent démontrer le peu d'influence de cette cause particulière sur l'évolution de la maladie? Cause occasionnelle tout au plus.

Observation I.— Le jeune D..., atteint d'otite scléreuse (16 ans), se fait soigner par un spécialiste. Quelques jours après, il entre dans un de mes services d'infirmerie, avec des symptômes méningitiques (symptômes de la période d'excitation), mettons de méningisme. Traitement rigoureux. Le malade sort convalescent. L'auscultation a relevé une infiltration tuberculeuse des sommets, sueurs nocturnes, amaigrissement, expectoration, surdité de plus en plus accentuée. Analyse bactériologique : bacille de la tuberculose dans les crachats. Bref l'enfant est renvoyé chez lui.

Or, le père de cet enfant a subi, *après la naissance* de ce dernier, un traumatisme du thorax. Et il est mort phtisique. De plus, un collatéral n'a pu, malgré une brillante culture intellectuelle, et à cause de sa santé, exercer que les fonctions d'une sinécure. Que conclure de là ? Sinon que le traumatisme a dû donner un bien léger coup de fouet à une affection latente évidemment jusque là chez le père, (doit-on dire latente en présence de son caractère héréditaire chez le fils, né avant l'accident, en présence aussi d'un collatéral suspect ?)

Voici la réciproque :

Observation II. — La jeune C..., 16 ans, fait, en jouant, ou en soulevant un poids, un effort immédiatement suivi d'une hémoptysie. Cette hémoptysie est suivie d'une tuberculisation extrêmement aiguë. Allons-nous dire tuberculose traumatique ? Non ! car le père a eu une laryngite suspecte, qui a guéri, il est vrai ; car, en tout cas, un collatéral (oncle) est mort de phtisie.

Je pense qu'en cherchant autour des sujets tuberculisés par ou après traumatisme, on trouvera ainsi soit en ligne directe, soit en ligne collatérale, des ascendants notoirement suspects.

Dr Henry DUCHENNE.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical d'Indre-et-Loire

7 avril 1897.

Présents : MM. Thomas, *président*, Chaumier, Archambault, Bezard, Roux, Faucillon, Fischer, Grasset, Gibotteau, Lapeyre, Stecewitz, Lieffring, Boureau, Delaître, Sabattié, Bailliot, Ménier, Barré, Guénard, Schoofs, Héron.

Excusés : MM. Boucher et Meunier.

MM. Moissonnier, *de Tours*, et Lemoine, *de Vouvray*, sont admis comme membres du syndicat.

Médecins sanitaires.

Lecture est donnée d'une lettre envoyée par le Président du Syndicat de Marseille, lequel proteste contre l'établissement d'un examen spécial pour obtenir le titre de médecin sanitaire et émet le vœu que

Tous les docteurs en Médecine Français, n'ayant pas subi de condamnation et diplômés avant le décret du 4 janvier 1896, ne soient pas tenus de passer un examen pour obtenir le titre de médecin sanitaire : ce titre leur sera accordé sur simple demande faite au Service de santé.

Le Syndicat adopte le vœu présenté par le Syndicat de Marseille et lui adresse ses félicitations, pour l'initiative prise en faveur des droits des médecins français.

Privilège de dernière maladie.

M. Grasset expose qu'il a été déposé un projet de loi, tendant à supprimer le privilège des médecins pour frais de dernière maladie. Le Syndicat décide qu'il y a lieu de maintenir ce privilège ; cette décision sera transmise à l'Union, ainsi qu'aux sénateurs et députés d'Indre-et-Loire.

Dépôt de pharmacie.

Le Dr Barré annonce qu'un pharmacien d'Amboise a installé à Mosnes, chez un tonnelier, un dépôt de médicaments, dont la vente est opérée par le dit tonnelier.

Outre l'illégalité de la chose en elle-même, il y a préjudice porté aux intérêts du médecin de Mosnes qui, en l'absence d'officine, a le droit de délivrer des médicaments.

Le Syndicat décide de demander au Président du Syndicat des pharmaciens d'appuyer une poursuite déjà exercée contre le dit pharmacien et de déposer une plainte au Procureur de la République contre le pharmacien et le tonnelier, s'il y a lieu.

Le pharmacien sera préalablement averti.

Assistance et société de secours mutuels.

Le Président rend compte des démarches de la commission nommée pour s'occuper de la question des sociétés de secours mutuels et de la médecine des indigents à Tours.

Pour la médecine des indigents, la commission s'est mise en rapport avec le Bureau de Bienfaisance et, sans obtenir totalement gain de cause, a, du moins, obtenu un régime qui assure à chaque médecin du Bureau de Bienfaisance une rétribution annuelle d'environ 1200 fr.

Pour les sociétés, deux d'entre elles, la Bienfaitrice et la Tourangelle, paraissent vouloir revenir au système de l'abonnement condamné par l'unanimité du Syndicat et des médecins de Tours.

Trois membres du Syndicat sont délégués près de ces sociétés.

Les Drs Roux et Faucillon font remarquer que la société de secours de Chinon refuse encore de soumettre aux médecins la liste de ses membres. Une entente unanime reste donc nécessaire entre les médecins de Chinon.

Le Syndicat, désireux que l'initiative des médecins de Chinon, partout donné en exemple, porte tous ses fruits, décide de tenir sa prochaine réunion à Chinon, afin de résoudre sur place les dernières difficultés.

REPORTAGE MÉDICAL

Deux postes de médecin sanitaire du Canal de Suez sont offerts par le Conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Alexandrie (Egypte). Voici les conditions à remplir et les avantages proposés :

Les médecins qui désireraient concourir à ces places devront être pourvus d'un diplôme régulier. Ils seront choisis de préférence parmi ceux ayant fait des études spéciales pratiques de bactériologie et d'épidémiologie.

Le traitement qui, primitivement, est fixé à 8.000 fr. par an, pourra s'élever progressivement à 12.000 fr.

Les demandes des candidats ne seront acceptées au siège de l'administration quarantenaire que jusqu'au 12 juin 1897 et doivent être adressées à la présidence du conseil quarantenaire.

Ces demandes devront être accompagnées :

1° Du diplôme délivré par une université ou par l'Etat ;

2° Du certificat d'études pratiques de bactériologie ;

3° D'autres pièces pouvant justifier de connaissances spéciales en épidémiologie ;

4° D'un certificat médical de bonne constitution ;

5° D'un engagement formel, au cas de nomina-

tion, de se rendre en Egypte dans le courant du mois qui suivra la notification officielle.

Toute démission ne pourrait être acceptée que si elle est adressée au président du conseil trois mois à l'avance.

— *Referendum belge à propos de l'Ordre des médecins.* — Voici les résultats fournis par le dépouillement, dans le vote provoqué par la Fédération médicale belge, au sujet de la création d'un Ordre des médecins.

La Fédération a transmis à tous les praticiens les trois questions suivantes :

I. Désirez-vous l'institution de Conseils de discipline ? — 709 oui, 254 non et 17 abstentions.

II. Voulez-vous que les Commissions médicales, directement et exclusivement électives, soient investies de pouvoirs disciplinaires ? — 293 oui, 678 non et 97 abstentions.

III. Voulez-vous l'institution de Chambres disciplinaires indépendantes des Commissions médicales (Ordres des médecins) ? — 689 oui, 309 non et 79 abstentions.

Donc, le Corps médical belge adopte la nouvelle organisation disciplinaire (Ordre des médecins) à une majorité de 380 voix !.

— *Syndicat des sages-femmes de la Seine.* — Les sages-femmes de la Seine qui ont constitué un Syndicat, viennent de rédiger, ainsi que nous l'avions fait prévoir dernièrement, une pétition réclamant le droit de recourir au forceps en cas d'accouchement laborieux, de prescrire laudanum, chloral, chloroforme etc... ! Comme les pharmaciens n'hésitent pas à réclamer le même droit pour tout le reste, ou à peu près, on peut prévoir que nous ne tarderions pas à être tout à fait *expropriés* de notre domaine, si l'Etat écoute toutes ces propositions fantaisistes. Et soyez certains qu'on ne nous accorderait même pas l'indemmité traditionnelle ! Au contraire, cela se terminerait par l'addition au Code d'un article de ce genre : « Tout médecin qui s'au-« torisera de son diplôme pour soigner ses conci-« toyens sera passible d'une condamnation ....

« Les pharmaciens et sages-femmes seront fondés « à réclamer de lui des dommages-intérêts, dont « le montant sera fixé par les tribunaux. »

— *A propos du Concours des Hôpitaux.* — Les pauvres confrères, dont l'existence se passe en un perpétuel recommencement du concours pour le titre de médecin des hôpitaux de Paris, ont adressé le vœu suivant au Conseil de surveillance de l'Administration de l'Assistance publique :

« Les candidats aux places de médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, ont l'honneur de soumettre au Conseil de surveillance le vœu suivant :

« *Les épreuves d'admissibilité du concours des hôpitaux comprennent toutes les épreuves théoriques.*

« *L'admissibilité est difinitivement acquise.*

« *Il existe un concours d'admissibilité annuel. Le nombre des admissibles est fixé par l'administration de l'Assistance publique. Pour le prochain concours, il sera au moins égal au triple des places de médecins, de chirurgiens ou d'accoucheurs à donner dans le courant de l'année.* »

« *Pour les suivants, il sera égal au nombre des places à donner dans le courant de l'année.* »

Vraiment, on peut accorder cette satisfaction aux infortunés qui s'acharnent si courageusement sur ce rocher de Sisyphe.

Mais ne pourrait-on pas, aussi, puisqu'on sait, d'après la composition du jury, quels seront les élus, dispenser les évincés d'avance, de se présenter aux épreuves ?

— *L'assistance chirurgicale instantanée.* — L'hécatombe du Bazar de la Charité, où les services de secours aux blessés furent tardivement mobilisés, va, peut-être enfin, faire faire un progrès aux idées préconisées depuis quatre ans, par M. le Dr Marcel Baudouin, sur l'organisation de postes de prompt secours dans Paris. Les pouvoirs publics et les Assemblées qui furent saisis des travaux si documentés de notre confrère, et qui, à l'ardeur de la campagne menée par lui, ont pu juger de l'importance des résultats à obtenir, ne sauraient échapper à une grosse responsabilité dans l'avenir, s'ils persistent dans l'indifférence et les atermoiements ; et le corps médical, qui vient de payer un lourd tribut à l'imprévoyance aura le droit et le devoir de faire, à ce sujet, toute la pression dont il est capable. Nos confrères du Parlement et du Conseil municipal trouveront encore là une belle occasion de prouver qu'ils sont toujours médecins, quoi qu'on en dise, et la presse médicale peut donner avec ensemble, sur ce point si cher à son distingué Secrétaire-général.

— *Les ambulances pour la guerre gréco-turque.* — Nous n'avons pas entretenu nos lecteurs des projets de formation d'ambulances, dus à l'initiative française, à propos de la guerre en Thessalie. C'est qu'ils nous paraissaient d'avance condamnés à n'exister que sur le papier, vu la rapidité avec laquelle les hostilités semblaient bien devoir se terminer. De nos jours, en effet, la guerre va vite, et les *improvisations* de ce genre sont presque fatalement tardives. Nous venons d'en avoir une nouvelle preuve dont il serait bon de garder le souvenir, pour le cas où nous serions plus directement en cause.

— *Récompenses.* — M. le Ministre de l'Intérieur, à l'occasion de la catastrophe du Bazar de la Charité, a décerné une *médaille d'argent de première classe* à MM. Farjas de Lamothe, interne des ambulances urbaines ; Legras, chef de station aux ambulances urbaines. — Une *médaille d'argent de deuxième classe* a été accordée à MM. Pouzalque, désinfecteur aux ambulances urbaines à Paris ; Royer, cocher aux ambulances municipales ; Roussel, interne au service de l'Exposition ; M. le Dr Selle, médecin à Paris ; M. le Dr Socquet, médecin légiste ; M. le Dr Vibert, médecin légiste, Desjardins, interne à l'hôpital Beaujon ; Roudeau, interne à l'hôpital Beaujon ; Mortagne, interne à l'hôpital Beaujon ; Véron, interne à l'hôpital Beaujon. — *Mentions honorables* : M. le Dr Ménard, MM. Bize, Decloux, Termet, et Turner, internes à l'hôpital Beaujon. MM. Bouzauquet, Gosselin et Léon Goujon, externes des hôpitaux ; MM. Moinet et Lebrun, étudiants en médecine ; M. Juramie, directeur de l'hôpital Beaujon, Lepagny, infirmier à Beaujon, Broca, pharmacien à Beaujon.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année | N° 24 | 12 Juin 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Syndicat contre Syndicat.

La mesure de combat, prise contre le *Syndicat général de Paris et de la Seine*, à savoir que : tout médecin, déjà syndiqué dans le département, sous un autre titre, ne pourra faire partie du *Syndicat de la Seine*, vient de produire un résultat inattendu, surtout pour celui-ci.

Le Syndicat général a spirituellement répondu à la mesure qui visait spécialement certains de ses membres. Il a renoncé, d'abord, et nous nous en félicitons, à faire intervenir, dans la défense de ses intérêts, dame Thémis, qui a la dent dure pour les médecins. MM. les avocats n'auront pas la joie de dauber, encore une fois, sur le corps médical de Paris.

Le Syndicat général a pris, ensuite, une piquante décision ; il a dit, à ceux de ses membres qui, la plupart, sont membres fondateurs du Syndicat de la Seine : Vous êtes au poste de combat ; il faut y rester. Vous représentez, là, des idées qui nous sont chères ; quittez-nous et demeurez dans ce milieu si officiel, pour les faire triompher ; vous n'êtes plus des nôtres ; allez, in partibus infidelium, prêcher notre doctrine d'indépendance. Nous vous connaissons de longue date ; nous avons foi en votre éloquence ; vous ferez de meilleure besogne qu'ici.

Il faut reconnaître que les rieurs ont été du côté du Syndicat général. Les *expulsés par persuasion* ont promis de venir, souvent, à titre d'amis, à la table hospitalière de leur ancienne Société, raconter les péripéties de la mission qui leur est confiée.

Au Concours, nous avons toujours veillé, avec un soin jaloux, à l'indépendance de notre Société. Nous avons écarté, de propos délibéré, toute ingérence de personnages. Nous n'avons fait exception que pour les spécialistes de la prévoyance ; pour les législateurs détenant, pour un moment, les projets de loi d'intérêt professionnel. Nous connaissons, mieux que personne, les aspirations des médecins ; personne ne pouvait donc nous prêter un appui efficace pour notre but essentiel : *l'amélioration du sort des praticiens*, que nous poursuivons depuis dix-huit ans.

Nous devions donc voir avec peine la discorde et la guerre s'établir entre deux de ces Sociétés syndicales que nous avons toujours conçues et que nous avons créées libres de toute attache. Elles ont été un de nos plus puissants moyens d'action, grâce à leur indépendance.

Le jour où nous prîmes en mains l'*affaire Lafitte*, tous les Syndicats se joignirent à nous et nous eûmes le succès.

Nous ne pouvons donc que persister dans l'opinion qu'exprimait récemment un de nos plus éloquents collaborateurs. La mesure prise par le Syndicat de la Seine est une mesure de combat, de Syndicat à Syndicat ; c'est lui qui inaugure ce genre de conflit entre confrères. Nous voulons bien qu'il n'ait vu, dans cet acte, qu'une mesure de défense. Il n'en a pas moins montré, le premier, qu'on pouvait combattre entre Syndicats, et l'exemple est fâcheux !

Plus habile, certes, est le Syndicat général. Il se retire dans son camp, avec les honneurs de la guerre ; nul n'y contredira.

De cet incident nous retenons cet enseignement : la prétention du Syndicat de la Seine d'empêcher les médecins d'un département de faire partie de plusieurs Syndicats est inadmissible. Nous recommandons, à nos confrères syndiqués, de suivre les anciennes traditions : « *Il est licite, il est avantageux qu'un médecin, déjà syndiqué, soit accueilli, sans vote préalable, dans tout syndicat dont il accepte les statuts et paye la cotisation.* »

La décision du Syndicat de la Seine est absolument regrettable et dénuée de ce large esprit de libéralisme et d'union qui doit régler les rapports de tous les Syndicats, à Paris comme en province.

A. C.

LA SEMAINE MÉDICALE

Contagion de la rougeole.

D'après MM. *Laveran* et *Catrin*, la rougeole n'est pas contagieuse exclusivement pendant la période prééruptive, mais pendant les périodes éruptive et post-éruptive. Les mesures prophylactiques doivent donc être continuées pendant l'éruption et même pendant la convalescence.

M. Béclère a montré, dans sa thèse, que la rougeole pouvait, effectivement, se transmettre pendant les cinq premiers jours de l'éruption.

La luxation du pied en dedans.

Le Dr *A. Marsy*, de Lille, consacre sa thèse à l'étude des luxations du pied en dedans: il distingue deux sortes de luxations en dedans: des luxations incomplètes où l'astragale n'a pas quitté la mortaise péronéo-tibiale, et des luxations complètes où cet os est venu se placer contre la face interne du tibia;

Les luxations complètes du pied en dedans sont très rares et s'accompagnent, le plus souvent, de fractures et de plaie des téguments;

Divers mécanismes sont susceptibles de leur donner naissance, mais elles succèdent généralement à une luxation incomplète en dehors;

Leurs symptômes sont les suivants: Douleur, impotence fonctionnelle, ecchymose, gonflement; le pied est renversé dans l'adduction de façon que sa face plantaire est dirigée en dedans, sa face dorsale en dehors; son bord interne tourné en haut; l'axe antéro-postérieur du pied n'est plus dans le prolongement de celui de la jambe, mais est dévié en dedans et fait avec lui un angle pouvant atteindre 90°.

Mais, dans la luxation complète, on trouve en outre un élargissement considérable du cou-de-pied. A la face interne de l'articulation est une saillie formée par l'astragale déplacé et dont on sent la face supérieure sous la peau. A la face externe est une autre saillie, séparée du pied par un pli profond et formée par les deux os de la jambe. Le doigt, refoulant la peau au niveau de ce pli, pénètre dans une cavité et reconnaît les faces articulaires des deux malléoles. Cette recherche est rendue plus facile encore par l'existence à la face externe d'une plaie, qui peut livrer passage au péroné seul ou accompagné du tibia. Il suffit souvent d'écarter un peu les lèvres de cette plaie, pour voir que l'astragale a quitté la mortaise, et si cette constatation ne pouvait être faite directement, la recherche à l'aide d'un stylet montrerait bien les déplacements produits.

Au contraire, dans la luxation incomplète en dehors, on sent la poulie astragalienne sous la malléole péronéale, et on la voit faire une saillie sous la peau en cet endroit; on reconnaît de plus à la palpation que la mortaise reste occupée par l'astragale.

Mais, si un autre mécanisme a produit l'accident, le renversement du pied pourra être moindre, nul ou même de sens contraire. Le pied aura, alors, sa plante tournée en dehors, son bord externe en haut et son bord interne en bas, comme dans les luxations incomplètes en dedans. On se décidera pour l'une ou l'autre variété, d'après la position occupée par la poulie astragalienne.

Le diagnostic est facile après ce que nous avons dit de la symptomatologie, et l'on ne peut guère avoir d'hésitation, que dans le cas où le gonflement est très considérable. Mais la palpation de la région, même dans ce cas, fera toujours sentir à la partie interne du tibia la saillie formée par l'astragale. On ne confondra pas la luxation complète du pied en dedans avec la fracture bi-malléolaire. Dans celle-ci, le pied est le plus souvent rejeté en dehors, la saillie que l'on sent à la face interne du pied est tranchante et, de plus, en continuité avec le corps du tibia, car elle est formée par le fragment supérieur de la malléole.

Cet accident a perdu beaucoup de sa gravité grâce à l'antisepsie. C'est à la réduction, suivie de l'immobilisation du membre dans un appareil plâtré, que l'on aura recours pour le traiter. Et le plus souvent, la guérison sera obtenue avec conservation des mouvements de l'articulation tibio-tarsienne.

La gangrène phéniquée.

M. le Dr *Floërsheim*, de Paris, signale dans le *Journal des Praticiens*, les accidents dus à l'abus des pansements à l'acide phénique, dans les cas de contusions, plaies, écrasement, etc., des extrémités. Qu'un individu soit victime d'un traumatisme quelconque du côté d'un doigt ou d'un orteil, rapidement on lui applique un pansement à l'acide phénique, sans se rendre compte qu'on l'expose à une complication grave, observée trop fréquemment depuis quelques années: la gangrène phéniquée. Le fauteur en est très souvent, d'ailleurs, le malade lui-même, qui, sans consulter personne, fort des connaissances chirurgicales qu'il possède et enseigne volontiers aux autres, se fait son propre pansement.

« L'acide phénique agit incontestablement d'une façon très énergique sur les extrémités nerveuses. Il suffit, pour s'en convaincre, d'avoir éprouvé cette sensation si désagréable d'engourdissement et de semi-anesthésie des doigts, que l'on ressent après avoir manié pendant quelque temps des instruments plongés dans une solution phéniquée. Cette sensation persiste même assez longtemps; que croire, alors, d'un pansement qui reste en contact avec les parties atteintes pendant deux et trois jours et plus? Lorsqu'en 1889, MM. Monod et Championnière présentèrent à la Société de chirurgie, plusieurs cas de gangrène phéniquée, ils émirent déjà l'avis que ces phénomènes pouvaient se produire même avec des solutions faibles, mais pensaient qu'on ne les observait que chez des malades présentant antérieurement des troubles vasculaires ou nerveux.

« Un fait récent, dont nous avons été le témoin, tend à prouver que la gangrène phéniquée peut se produire avec une solution quelconque et chez des individus indemnes de toute diathèse héréditaire ou acquise. Il y a quelque temps, vint nous consulter un malade ayant toujours présenté une santé excellente, à l'occasion d'une gangrène sèche des deux premières phalanges de l'annulaire droit. Elle s'était produite dans les conditions suivantes: en voulant relever la vitre d'un wagon, il eut le doigt comprimé, un instant, entre cette vitre et sa coulisse. C'était, en somme, un traumatisme insignifiant — ce

qui est généralement le cas, — mais, comme il éprouvait un peu de douleur, on lui appliqua, dans une intention excellente d'ailleurs, un pansement à la glycérine phéniquée, en lui recommandant même de ne l'enlever qu'au bout de deux jours; le lendemain, la main était tuméfiée, les deux premières phalanges avaient déjà une teinte noirâtre accusée, une anesthésie presque complète : le pansement n'avait fait qu'accentuer l'action du traumatisme. Quand, deux à trois jours après, nous vîmes le malade, une gangrène sèche était constituée, exactement limitée à l'étendue du pansement. Après des tentatives infructueuses de conservation du doigt, qui présentait, par ci par là, des zônes de sensibilité, nous fûmes obligé de pratiquer l'amputation.

« Nous avons cité cet exemple entre mille, parce que nous en avons été récemment le témoin ; l'ensemble des faits de ce genre doit, en tout cas, nous prémunir contre l'usage détestable que l'on fait des solutions à l'acide phénique, fortes ou faibles. Il est évidentque le médecin peut rendre des services incontestables à ses clients, non seulement en s'abstenant d'avoir recours à cet antiseptique, dans les cas de traumatisme des doigts ou des orteils, mais encore en s'efforcant de leur inculquer ces idées et en leur enseignant les dangers auxquels ils s'exposent. »

Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse.

M. le Dr *Brieud*, de Paris, conseille d'employer contre les vomissements de la grossesse, l'eau oxygénée à 10 volumes d'oxygène ; habituellement on administre l'eau oxygénée à la dose de 5 à 30 grammes de la solution à 10 volumes, dilués dans un litre ou un demi-litre d'eau, ou tout autre liquide, pourvu que ce dernier ne provoque aucune modification dans la composition de l'eau oxygénée. On pourra, par exemple, sucrer la solution avec du sirop de sucre, ou du sirop de citron.

Cette grande dilution a pour but de masquer la saveur astringente et métallique du médicament. Aussi les malades n'accusent-ils que le goût du liquide auquel on le mélange.

Dans les vomissements de la grossesse, on emploie l'eau oxygénée de la façon suivante : une cuillerée à café, puis une cuillerée à bouche d'eau oxygénée pour un litre d'eau ; ce qui représente environ 5 à 15 grammes d'eau oxygénée à 10 volumes.

Cette eau doit être prise aux repas, comme boisson, et son effet est très rapide, sans qu'il soit facile d'ailleurs d'en donner une explication.

Les injections de solution saline dans les cas d'hypothermie post-opératoire.

Le Dr *Georges de la Combe*, de Paris, insiste, dans sa thèse, sur les bienfaits que l'on peut retirer de l'emploi des injections salines dans les cas d'hypothermie post-opératoire. D'après ses recherches, le degré de concentration maximum des solutions salines ne devra pas dépasser 10 grammes de chlorure de sodium ‰ d'eau. Les meilleurs effets paraissent être obtenus avec celle à 7 ‰.

Les solutions sous-cutanées et intra-veineuses seront portées à la température de 39° ou 40°. Leurs effets sont sensiblement identiques. Les résultats sont plus nets, plus rapides avec ces dernières, plus lents mais plus durables avec les premières. Aussi dans les cas urgents il sera préférable de recourir à la voie veineuse.

La gravité de l'état du malade et le bon fonctionnement des reins, seuls, indiquent si l'on doit s'adresser ou non à des injections abondantes.

L'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans les veines, offre une technique opératoire très simple que nous avons décrite, l'an dernier, dans le *Concours*.

On retire des avantages précieux des deux procédés combinés.

En présence de tous les bénéfices procurés par l'emploi du liquide salin, qui, dans la lutte contre la mort, est l'aide le plus puissant auquel on puisse avoir recours, nous devons le préconiser, non seulement dans ces cas désespérés post-opératoires, mais chez des malades affaiblis, dont l'état précaire de santé, fait souvent reculer devant une opération nécessaire, car sans intervention, c'est la mort à brève échéance. Grâce à lui, il est permis de relever rapidement leurs forces, et de leur faire subir l'intervention chirurgicale avec plus de chance de succès.

Erratum. — Dans la communication de MM. Achard et Castaigne, sur le diagnostic de la perméabilité rénale, au lieu de 0,25 centigr. de bleu de méthylène pour l'injection, lire 0,05 centigr. Autrement dit injecter 1 centimètre cube d'une solution de bleu au 20e.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement du mal de Pott.

Compte rendu d'un rapport lu à l'*Académie de médecine*,

Par M. Monod.

Le traitement du mal de Pott, et particulièrement celui de la gibbosité qu'il détermine, est entré tout récemment dans une voie nouvelle, que d'aucuns qualifieraient volontiers de voie triomphale.

On s'en va répétant par la plume, par l'image, voire même par l'affiche au coin de nos rues populeuses, que le redressement des bossus n'est plus aujourd'hui qu'un jeu, que coupables seraient ceux qui voudraient soustraire leurs malades aux bénéfices d'une thérapeutique hardie, en apparence, mais en réalité sans danger et singulièrement efficace.

Jusqu'à quel point ces affirmations sont-elles fondées ? Sommes-nous réellement en possession d'un traitement du mal de Pott qui en assure la guérison, et la guérison sans difformité ? La question vaut assurément d'être examinée avec quelque attention.

L'Académie a entendu, dans ces divers mois, trois communications sur ce sujet.

La première, et la non moins retentissante, est celle de M. le Dr Calot (de Berck).

M. Calot n'est certes pas le premier chirurgien qui ait songé à redresser les gibbosités potti-

ques (1); mais, et c'est là l'originalité de sa méthode, il pratique ce redressement en un seul temps (2), en ayant au besoin recours, pour atteindre le but, à la plus grande violence. Voici, d'après lui-même, comment il opère :

« Quatre aides solides, attelés deux à deux aux extrémités du patient, tirent en sens inverse, tandis que le chirurgien, les mains appliquées sur la gibbosité, exerce sur ce point une pression extrêmement vigoureuse, allant jusqu'à l'extrême limite de ses forces, jusqu'à ce que les vertèbres déplacées soient rentrées au niveau, et même au-dessous des vertèbres voisines. On perçoit sous la main et l'on entend quelquefois des craquements osseux qui témoignent du désengrènement des deux segments rachidiens. »

M. Calot fait ordinairement précéder le redressement du rachis de l'ablation des apophyses épineuses saillantes, ainsi que du segment de peau souvent épaisse qui les recouvre. Il peut ainsi mieux diriger ses pressions, et met son malade à l'abri des eschares qui pourraient se produire sous l'appareil contentif, au niveau des pointes apophysaires.

Si la bosse est très vieille, il peut être indiqué de pratiquer, avant le redressement, une résection cunéiforme du rachis, — soit parce que les deux segments de la colonne malade se sont réunis, soit parce qu'on redoute, après avoir violemment écarté en avant les surfaces malades, qu'il ne reste de ce côté un hiatus qui ne puisse se combler ; en enlevant en arrière un coin osseux à base répondant à la gibbosité, et à sommet antérieur, répondant à l'angle de flexion, on obtiendra le contact en ligne droite des deux segments de la colonne vertébrale.

Deux fois, mais deux fois seulement, M. Calot a pratiqué cette résection complémentaire, dont on ne saurait méconnaître les difficultés et les dangers.

Le redressement obtenu par l'un des moyens que je viens de dire, le malade est immobilisé dans un grand appareil plâtré, à la bonne application duquel M. Calot attache la plus grande importance. Cet appareil sera renouvelé 2 ou 3 fois, à des intervalles de 3 à 4 mois. Au bout de ce temps, l'enfant est autorisé à marcher avec un corset. La correction de la difformité a duré de 5 à 10 mois.

M. Calot nous disait, en décembre dernier, qu'il avait pratiqué 37 fois ce redressement de la gibbosité pottique, et cela avec des résultats immédiats parfaits. Non seulement il n'a pas eu de morts, mais jamais aucun accident.

La moelle, en particulier, n'a jamais paru souffrir de ces manœuvres ; une seule fois, quelques phénomènes de lourdeur et de parésie des membres inférieurs, qui ont vite disparu. Bien plus, dans un cas, une paralysie existante a paru céder à la suite de l'opération.

Chez 2 opérés seulement, des abcès à distance (fosse iliaque, fesse), se sont montrés 4 à 6 mois après le redressement ; ces abcès furent traités et guéris par les moyens ordinaires. Par contre, chez 3 malades qui avaient, au moment de l'opération, des abcès par congestion dans la fosse iliaque, ces abcès se résorbèrent et disparurent spontanément.

Ces résultats sont presque trop beaux, et peu en rapport avec ce que l'on sait du traitement de la tuberculose osseuse en général et de celui du mal de Pott en particulier. Aussi M. Calot ne disconvient pas qu'il est, sans doute, tombé sur une série heureuse.

Encore aurait-il valu la peine de rapporter avec quelque détail des faits de cette importance. Mais M. Calot, préoccupé sans doute de ne pas fatiguer l'attention de l'Académie, s'est borné à nous donner de courtes notes sur les malades qu'il nous a présentés, et ces malades sont au nombre de 6 seulement.

Six observations sur 37 cas... c'est peu. Sur les autres, nous ne savons rien que les conclusions que M. Calot en tire. Nous ne savons rien, en particulier, ni du degré de la déviation, ni de l'époque de son apparition, point capital, comme nous le montrerons tout à l'heure. Nous avons quelques raisons de croire qu'il s'est presque toujours agi de gibbosités relativement récentes et peu prononcées, puisque, comme je l'ai dit, M. Calot n'a eu que deux fois recours à la résection orthopédique du rachis, manœuvre complémentaire qu'il réserve aux cas où la bosse est ancienne et accentuée.

Ces insuffisances sont plus manifestes encore si nous essayons de nous rendre compte des résultats définitifs de l'opération préconisée par M. Calot. Il nous dira sans doute qu'il n'est pas ici en faute, qu'un long temps, 6 mois au moins est nécessaire pour que la guérison puisse être considérée comme assurée, et que la plupart de ses opérés le sont depuis trop peu pour que l'on puisse juger encore du résultat définitif. A cela nous répondrons, à notre tour, qu'il eût peut-être mieux valu attendre plus longtemps avant de venir affirmer l'excellence d'un procédé dont les résultats ne peuvent encore être connus.

Quoi qu'il en soit à cet égard, ce n'est plus 6 cas (sur 37), mais bien 4 seulement qui demeurent. Le 5e enfant présenté, en effet, est l'un de ceux qui ont subi la résection cunéiforme ; il était opéré depuis 9 mois, mais il n'y avait que 12 jours qu'il marchait et il ne pouvait encore se passer de corset.

Le 6e n'était opéré que depuis 4 mois, il était encore dans son appareil plâtré. Sa bosse était énorme, elle datait de 4 ans 1/2, conditions particulièrement défavorables ; mais nul ne peut encore dire si la correction se maintiendra.

Pour les 4 opérés depuis 3 à 12 mois, ils nous ont été montrés redressés et libres de tout appareil, 1 depuis 15 jours, 2 depuis 2 mois, 1 depuis 6 mois. Pour 2 d'entre eux la gibbosité datait de 7 à 9 mois, pour 2 depuis 2 à 3 ans.

Ces résultats sont suffisants pour justifier l'intérêt qui s'attache à la communication de M. Calot. S'ils se montrent semblables pour ses 33 autres opérés, notre confrère pourra bien dire qu'il a victoire gagnée.

Jusqu'ici il est simplement permis de conclure que l'opération paraît innocente, qu'elle donne un résultat immédiat excellent, mais toute réserve doit être faite pour les résultats définitifs.

La seconde communication dont j'ai à vous entretenir est celle de M. Chipault. Elle vous a été faite le 19 janvier 1897. Elle est intitulée : « Du

(1) V. Lannelongue, *Tuberculose vertébrale*, 1888, p. 234 et suiv.

(2) Je dirai dans un instant que M. Chipault revendique pour lui la priorité de cette idée.

traitement des gibbosités de diverses origines par les ligatures apophysaires. »

Au redressement forcé, pratiqué à l'aide de manœuvres semblables à celles de M. Calot, M. Chipault conseille d'ajouter la ligature en 8 de chiffre à l'aide de fils d'argent des apophyses épineuses correspondant à la gibbosité. Il considère que c'est là le meilleur moyen de maintenir la correction obtenue. Il s'appuie pour soutenir cette opinion sur les recherches anatomo-pathologiques de M. Regnault, établissant « qu'une colonne vertébrale tuberculeuse abandonnée à elle-même se consolide spontanément par ankylose des arcs et des apophyses ». Les ligatures apophysaires qu'il recommande ne font donc que régler et hâter le travail de guérison dans le sens où il se fait spontanément.

Les résultats obtenus par M. Chipault dans cinq cas, où il ne s'agissait, il est vrai, que de petites gibbosités facilement réductibles, ont été excellents. Dans un sixième, la bosse était considérable et ancienne, mais le fait est trop récent pour pouvoir entrer en ligne de compte.

Il va sans dire que M. Chipault associe aux manœuvres de réduction et aux ligatures apophysaires l'immobilisation prolongée du malade, non dans un appareil plâtré, mais sur une planche *ad hoc* où il est maintenu à l'aide de sangles passant au niveau des aisselles, des hanches et des genoux.

Il est intéressant de voir que M. Chipault, comme M. Calot, a osé redresser de force des gibbosités pottiques et cela sans observer, plus que son confrère, des accidents résultant de cette réduction.

Mais ici encore les résultats éloignés ou définitifs, n'ont été constatés que pour de petites gibbosités facilement réductibles.

Dans une nouvelle note lue à cette tribune le 6 avril dernier, M. Chipault s'est efforcé d'établir qu'il a eu avant M. Calot l'idée du redressement forcé, et en un seul temps, des gibbosités pottiques. Dans un article publié dans *la Médecine moderne* le 22 juillet 1896, c'est-à-dire 6 mois avant la communication de M. Calot, et avec ce titre « Un traitement nouveau du mal de Pott » il écrivait:

« J'ai, au dernier Congrès de chirurgie (1895) insisté sur l'intérêt de la technique nouvelle auprès de plusieurs de mes confrères, et, en particulier, auprès de mon ami Calot qui voulut bien me promettre de l'expérimenter largement. »

Comme les premières opérations de M. Calot datent de décembre 1895, c'est-à-dire des jours qui suivirent le Congrès de 1895, il semble bien que les tentatives déjà faites par son ami M. Chipault aient été pour quelque chose dans sa détermination.

Les deux auteurs ne diffèrent que sur un point, le mode suivant lequel ils assurent le maintien de la correction obtenue.

L'un ligature les apophyses épineuses et immobilise l'opéré sur une planche.

L'autre résèque, au contraire, volontiers, les apophyses épineuses et enferme son malade dans un immense appareil plâtré. M. Calot soutient même que c'est dans la bonne construction de cet appareil qu'est le secret des succès qu'il obtient.

Je le veux bien. Mais le point vraiment original du procédé, comme je le disais il y a un instant, n'est-il pas la correction forcée et en un seul temps de la difformité ?

Aussi semble-t-il que M. Chipault avait raison de nous dire que, « sans contester à son collègue et ami Calot le rôle important de vulgarisateur qu'il a joué, il réclamait pour lui-même la priorité (idée et exécution) de la réduction en un temps, sous chloroforme, de gibbosités pottiques ».

Il m'a paru du moins équitable de mettre sous les yeux de l'Académie les pièces de ce petit procès de revendication scientifique.

J'en viens à la dernière des trois communications que je vous rappelais en commençant ce rapport — celle toute récente M. Ménard (de Berck).

Avec M. Ménard, nous entendons une tout autre cloche. Il condamne absolument les tentatives de ses confrères ; il les considère comme dangereuses et forcément inefficaces (voir *Gazette*, p. 505).

A mon tour. Messieurs, de conclure et d'essayer de prendre parti entre des opinions aussi diamétralement opposées.

Il est un point sur lequel tout le monde sera, je crois, d'accord, c'est que certaines gibbosités devront être absolument respectées, et cela pour les raisons bien mises en lumière par M. Ménard. Ce seront celles où l'écart produit par le redressement sera tel que la consolidation sera matériellement impossible. Pour M. Ménard, ces cas sont de beaucoup les plus nombreux. Il en sera du moins ainsi, certainement, lorsque la bosse datera de quatre, cinq ans et plus.

A la crainte de voir, en pareille circonstance, la difformité se reproduire, on peut ajouter la possibilité d'accidents immédiats qui ne feront peut-être pas toujours aussi complètement défaut que dans l'heureuse série de M. Calot: ruptures des méninges adhérentes et hémorrhagies intra-rachidiennes, lésions des vaisseaux du médiastin et des organes intra-thoraciques ; ouvertures d'abcès et de foyers tuberculeux avec infection consécutive, ou même tuberculose généralisée par suite du réveil d'une lésion qui demeurait isolée et enkystée, etc., etc.

Toutes ces éventualités sur lesquelles M. Lambotte (d'Anvers), dans un article récent, appelait avec raison l'attention, ne sont pas tellement improbables que l'on ne doive les faire entrer en ligne de compte, lorsqu'il s'agit de redresser des bosses déjà anciennes.

Je sais bien que chez l'un des opérés de M. Calot, la difformité, très accentuée, avait plus de 4 ans d'âge, et que non seulement le redressement n'a eu aucun effet immédiat fâcheux, mais que la correction paraissait se maintenir. Mais l'opération ne datait, en décembre dernier, que de 4 mois. Que si, chez cet enfant, la colonne reste droite après ablation de son appareil, force sera bien de reconnaître qu'une fois encore les faits peuvent avoir raison contre les meilleures théories. Mais, je le répète, ce fait démonstratif, nous le demandons, il n'existe pas encore.

A l'autre extrémité de la série se placent les gibbosités récentes, celles qui datent de 5, 6, 7 et 9 mois. J'avoue que, pour celles-ci, je comprends que l'on tente le redressement forcé. J'ai pu récemment assister mon collègue et ami,

M. Brun, dans deux opérations de ce genre, auxquelles il avait bien voulu me convier, et j'ai pu constater avec quelle facilité la correction était obtenue, et, en apparence, au plus grand bénéfice des malades. Je ne sais si la guérison sera, de la sorte, plus rapide ; du moins, on peut espérer qu'elle sera snns difformité.

M. Calot nous a présenté deux enfants opérés dans ces conditions et guéris. Le résultat est encourageant et autorise de nouvelles et semblables tentatives.

Restent les cas intermédiaires, gibbosités de deux, trois, quatre ans au plus, dans lesquels la détermination à prendre est assurément plus difficile.

En voici la preuve :

Des quatre malades opérés par M. Calot, et amenés ici libres de tout appareil, il en est deux, je l'ai dit, dont la gibbosité datait de deux à trois ans.

Or, la pièce si démonstrative que nous a montrée M. Ménard, celle sur laquelle le redressement pratiqué sur le cadavre avait produit un écart de plus de 4 centimètres de hauteur, correspondant à la destruction de trois corps vertébraux, vaste hiatus dont la disparition par consolidation osseuse paraît *a priori* impossible, avait été recueillie sur un enfant dont l'affection ne remontait pas à plus de trois ans.

Qu'est-ce à dire, sinon qu'il importe de tenir compte au point de vue des décisions à prendre non seulement de l'âge de la lésion, mais aussi de son degré ?

Avant d'agir, il serait donc bon de pouvoir connaître le nombre des vertèbres atteintes. Il suffirait pour cela, d'après M. Ménard, de compter extérieurement les apophyses épineuses appartenant nettement à la courbure pathologique. A ce nombre, correspond habituellement celui des corps vertébraux détruits.

Si l'on arrive, par ce moyen, à la conviction que ceux-ci le sont sur une hauteur telle que la cavité produite par le redressement doive nécessairement rester béante, mieux vaut assurément s'abstenir, alors même que la gibbosité daterait de moins de 3 ans. Dans le cas contraire, on serait autorisé à agir, même si la bosse avait cet âge.

Je m'efforce, vous le voyez, Messieurs, de préciser les indications de l'intervention, tout en ne me dissimulant pas que ces distinctions manquent encore de la base solide que peut seule donner une observation clinique prolongée.

En fait, la question est encore à l'étude et il faut attendre les résultats définitifs pour pouvoir préciser dans quels cas on pourra compter sur une correction durable. Sachons gré à MM. Chipault et Calot de nous avoir montré que le redressement brusque est possible sans danger, mais sachons gré aussi à M. Ménard de nous avoir mis en garde contre de trop cruelles désillusions.

CLINIQUE MÉDICALE

Indications et contre-indications de la cure marine dans la tuberculose pulmonaire.

Par M. le Docteur Lalesque.

Quoique de date bien ancienne, la cure climatique de la phtisie pulmonaire, loin de diminuer de valeur, prend de jour en jour une plus grande importance. Alors que les médications nouvelles, annoncées à grand fracas, ne vivent qu'un jour pour tomber dans l'oubli, la climathérapie, elle, quittant les inconnus de l'empirisme, pour entrer dans le domaine vraiment scientifique de l'observation et de la classification, suit lentement, mais sûrement, sa route.

Grâce à ses incessants progrès, la climathérapie pourra peut-être un jour formuler les indications et les contre-indications propres à chaque climat ; mais, nous n'en sommes pas encore là.

Nos connaissances actuelles ne nous permettent même pas d'affirmer qu'une tuberculose pulmonaire, d'un pronostic favorable, susceptible d'amélioration ou de guérison par la cure marine, ne se serait aussi bien trouvée de la montagne ou de la plaine et réciproquement.

Il existe très certainement un grand nombre de malades pour lesquels l'un quelconque de ces climats, judicieusement mis en usage, donnera d'excellents résultats. De même que, dans d'autres circonstances, tout climat échouera à coup sûr.

S'il est impossible de formuler, pour tous les cas et pour tous les climats, des lois positives, donnant à l'indication du climat une rigueur scientifique, au moins pouvons-nous, donner quelques principes généraux sur les indications et les contre-indications propres à la cure marine.

Les indications et les contre-indications de la climathérapie marine peuvent se déduire : *des symptômes*, *de l'état des lésions*, *de la forme clinique*, *des complications*. Toutes ces catégories n'ont assurément pas la même importance et ne sont surtout pas très isolables, sur le terrain de la clinique ; mais l'étude analytique de chacune d'elles concourt à donner des idées plus précises sur ce sujet si complexe.

A. *Symptômes*. — La *fièvre* n'est, en aucun cas, une contre-indication à la cure marine, quoique Hérard, Cornil et Hanot aient pu dire, à propos des voyages en mer, cet idéal de la cure marine, qu'ils sont contraires aux malades fébricitants. Lindsay est d'un avis différent. Grancher et Hutinel reconnaissent que les malades « sujets aux fluxions et à la fièvre se trouvent bien d'un climat tempéré, d'un air plutôt mou que sec, sans cependant être véritablement humide ». Telles sont les conditions climatologiques du littoral atlantique. De nombreux graphiques prouvent d'ailleurs que la cure marine, loin d'être une contre-indication en cas de fièvre, est bien plus particulièrement indiquée.

La fièvre de suppuration, mieux que la fièvre de tuberculisation, est une indication favorable à la cure atlantique.

Toux. Expectoration. — La toux sèche, quinteuse, avec expectoration pénible, est une indication de la cure marine, non qu'il faille conserver l'ancienne formule : climats secs pour les sécrétions bronchiques abondantes, climats humides pour les sécrétions bronchiques rares. Sous cet énoncé, l'idée est fausse, car souvent une abondante sécrétion bronchique se tarit à bord, par exemple, où l'air est saturé d'humidité. Mais l'idée est juste, en ce sens qu'un climat à état hygrométrique élevé, tel que le cli-

mat atlantique, facilite rapidemen t l'expectoration, dont il diminue la viscosité. Cette action, toute mécanique, est vraie parce qu'elle ne souffre que peu ou pas d'exceptions.

La cure d'air à état hygrométrique élevé, sans augmenter la sécrétion, facilite l'expulsion des produits sécrétés. Aussi s'adresse-t-elle aux tuberculoses chroniques à expectoration difficile.

L'hémoptysie, dans bien des cas, fonction symptomatique de la phtisie pulmonaire, est une indication des plus favorables de la cure atlantique. Il ne saurait, bien entendu, être ici question de l'hémoptysie ulcéreuse. Nous n'entendons parler que de l'hémoptysie liée à l'hyperémie prétuberculeuse, quel que soit d'ailleurs le mécanisme de cette hyperémie, origine de l'hémoptysie de la première et de la seconde période.

Nous ne nous attarderons pas à décrire ici les heureuses modifications apportées à la circulation pulmonaire par l'état hygrométrique élevé, par la haute pression barométrique, aboutissant à la décongestion mécanique du réseau pulmonaire sanguin.

D'ailleurs pour confirmer les données de la mécanique circulatoire, nous avons étudié l'action du climat marin, dans vingt-quatre cas de tuberculose pulmonaire hémoptoïque, et démontré les effets positifs de la cure marine contre les crachements de sang. Grâce à cette cure, à de très rares exceptions, l'hémoptysie s'améliore, puis guérit.

B. *État des lésions pulmonaires.* — La période anatomique des lésions peut-elle fournir des indications ou contre-indications ? Oui, mais à vrai dire, les données qui en découlent sont généralement d'ordre secondaire. Encore faut-il se bien pénétrer de ceci, que l'étendue des lésions importe plus que leur âge. Une caverne isolée, enkystée, est autrement moins grave et offre d'autres ressources à la climathérapie, que la conglomération rapide et totale d'un poumon, par exemple.

Dans aucune maladie, les signes prémonitoires n'ont une importance plus évidente, et l'on ne saurait trop répéter que le changement de climat devrait avoir lieu au moment précis où le succès est une question de certitude. Dans les cas de menace, au début, on choisira entre le traitement par l'altitude ou par les voyages sur mer, « tous deux donnant des guérisons définitives » (Lindsay).

L'actif de la climathérapie marine est brillant en tant que prophylaxie. Elle donne les succès les plus notables, chez les prédisposés pulmonaires, et chez ceux dont les poumons respirent insuffisamment à raison des reliquats pleuro-pulmonaires récents ou déjà vieux.

La période de début ou période de germination est ensuite la mieux indiquée pour la cure marine. Mais, hélas ! combien peu de malades sont appelés à bénéficier de la tendance curative naturelle de ce premier envahissement tuberculeux, soit faute d'un diagnostic précoce, soit faute par le malade, si peu atteint, si loin de toute pensée de maladie, de n'avoir tenu compte d'un avis trop souvent qualifié de pessimiste.

Cette période est la période de choix, car à ce moment la thérapeutique est souvent toute-puissante pour arrêter l'évolution du processus tuberculeux (Grancher). Aussi, la cure marine est-elle essentiellement indiquée à ce moment-là et offre-t-elle les plus grandes chances de succès.

La cure marine est indiquée aux trois périodes anatomiques, mais avec lésions *circonscrites*. Les lésions *étendues* offrent moins de chance de succès. Et encore y a-t-il lieu de tenir le plus grand compte du terrain sur lequel elles évoluent.

Arrivées à certaines limites, les lésions de la seconde et surtout de la troisième période, sont une contre-indication à la cure marine, non que celle-ci les aggrave, elle leur est indifférente ; mais le résultat à espérer ne compense ni les fatigues, ni les soucis d'un déplacement.

La climathérapie marine, pas plus que la climathérapie d'altitude, ne saurait prétendre à ne poursuivre que la guérison définitive de la phtisie pulmonaire. Dans la majorité des cas, soit à raison de la forme de la maladie, soit à raison de la mise en pratique trop tardive de la cure, il faut savoir se contenter d'un résultat plus modeste, tel qu'une trêve de la maladie.

Il n'est pas besoin d'avoir longtemps vécu au milieu des phtisiques, pour savoir que ces trêves sont possibles à toutes les périodes de l'évolution bacillaire, même à la période caverneuse et de consomption. Ces trêves sont d'ordinaire « l'œuvre de la nature » (Marfan), mais elles sont favorisées et obtenues plus souvent encore par l'intervention de la cure marine : trêves manifestes, trêves durables comme il ressort des observations cliniques.

Si donc la période prétuberculeuse d'une part, les étapes de germination et d'infiltration d'autre part, fournissent une indication précise, cette indication reste indécise pour la deuxième période, et ne saurait se transformer en une contre-indication générale et formelle, pour la période d'excavation.

C. — *Formes cliniques.* — Des trois grandes modalités cliniques de la phtisie pulmonaire, *forme chronique ulcéreuse commune*, *forme pneumonique* ou *pneumonie caséeuse*, *forme miliaire aiguë* ou *granulie*, la première est celle qui convient le mieux à la cure marine.

Mais encore, pour préciser les indications de cette climathérapie, faut-il tenir le plus grand compte du terrain sur lequel évolue cette forme chronique commune, car l'évolution clinique de la maladie naît autant du terrain envahi, que de l'intensité de l'infection.

Aussi, dans bon nombre de cas, de l'étude de ce terrain découle l'indication, quant au choix d'un climat. « Les constitutions éréthiques, sans résistance, supportent mal le climat de montagne, surtout à basse température, et ont de meilleures chances de modifications dans les localités basses et ensoleillées. » (Weber.) De même, disent Grancher et Hutinel, « parmi les phtisiques, il est des sujets nerveux, impressionnables, à réactions vives, qui sont sujets aux fluxions et à la fièvre ; à ceux-là, un climat très chaud et un air assez vif seraient extrêmement nuisibles, il leur faut un climat tempéré, un air plutôt mou que sec, sans cependant être véritablement humide. »

Ces constitutions sont justiciables de la cure marine atlantique. La phtisie éréthique en est l'indication la plus précise, que cet éréthisme se

manifeste par des poussées aiguës de bronchite, de congestion ou de pneumonie, ou bien par des phénomènes d'ordre général. Le climat marin, à effets sédatifs, convient par excellence à cette modalité constitutionnelle de la phtisie commune.

Dans cette forme commune, à marche lente, entrecoupée d'épisodes aigus, le malade peut et doit être déplacé, même en état de crise. Mais s'il s'agit de cette variété qui « brûle les étapes » ou *phtisie galopante*, mieux vaut attendre une période d'accalmie, pour soumettre le tuberculeux à la climathérapie marine. En effet, tant qu'il ne se produit pas un temps d'arrêt, la maladie doit être jugée absolument incurable, et rien n'est à espérer du climat marin, pas plus que de tout autre. Mais qu'une accalmie survienne, et la cure climatique doit être tentée, la cure marine de préférence à toute autre.

Car, et c'est là sa supériorité dans l'espèce, l'action sédative du climat s'exerce sans demander aucun effort à l'organisme, qui n'a qu'à subir passivement les effets physiologiques du milieu : effets sédatifs et toniques, comme nous l'avons démontré. Et ces malades, épuisés par les infections, par la fièvre hectique, par une fonte rapide du parenchyme pulmonaire, n'ont à redouter aucune excitation. Ils ont, au contraire, l'apaisement, la sédation à espérer.

En revanche, malgré ses propriétés toniques, l'air sédatif du littoral Sud-Ouest ne convient pas aux phtisies torpides, à ces formes très lentes, stationnaires, évoluant chez des individus mous, flegmatiques. Le séjour dans la forêt du littoral atlantique leur est interdit.

Cette contre-indication formulée par G. Hameau reste vraie. Toutefois, dans quelques cas, rares à la vérité, l'habitat sur les bords du bassin d'Arcachon peut pallier, mais pallier seulement, cette contre-indication.

Une exception formelle doit être faite à cette loi. Elle est relative à une forme torpide de la phtisie scrofuleuse, forme spéciale, sans contredit, mais unanimement admise, évoluant très lentement, avec un état général satisfaisant, sur des sujets encore assez excitables et porteurs depuis l'enfance de manifestations scrofulo-tuberculeuses, telles que lupus, adénites suppurées, etc. Cette forme torpide retire les plus réels avantages de la cure marine au littoral du Sud-Ouest.

La pneumonie caséeuse (phtisie aiguë pneumonique), selon la phase de son évolution, est une indication ou une contre-indication à la cure marine. Cette forme a un début nettement défini avec forte fièvre, avec hépatisation d'étendue variable et la dégénérescence s'y produit souvent avec rapidité, l'hépatisation se ramollissant pour former des cavernes.

Tant que la maladie évolue rapidement et d'une façon continue, la cure marine est contre-indiquée.

Mais certains malades se remettent d'une façon inattendue. Le processus ulcéreux subit un arrêt plus ou moins complet. Alors, si peu encourageant que puisse paraître le cas, la question de climat se pose. Les stations marines humides sont les plus propices, la prépondérance de leur action sédative tendant à prolonger cette période de calme.

Dans ce cas, d'ailleurs, la cure marine ne saurait promettre que des effets palliatifs.

Quant à la tuberculose aiguë, miliaire, sous quelque forme qu'elle se présente, elle ne saurait être justiciable de la climathérapie marine.

Tout au plus, si la granulie à forme thoracique s'amende et passe à l'état chronique, on pourra songer à la cure d'air du littoral Sud-Ouest. Là encore, et avec moins d'espérances que pour la forme pneumonique, ne saurait-on demander que des effets palliatifs.

D. *Complications.* — Les complications de la phtisie commune, les plus directement liées aux indications et contre-indications de la cure marine, sont celles qui se rattachent aux lésions du larynx et de l'intestin.

Le *catarrhe laryngé simple*, tout comme la *trachéo-bronchite catarrhale simple* inflammatoire, accompagnant et complétant la phtisie pulmonaire, constituent des indications de la cure atlantique. Ces manifestations vulgaires, greffées à la tuberculose, sont les premières à s'amender, puis à disparaître sous l'influence du climat marin. Sur elles se font surtout sentir les effets de préservation de ce climat.

Quant à l'ulcération laryngée, s'il est vrai qu'elle soit souvent le commencement de la fin, il est non moins vrai qu'on la rencontre parfois, alors que les poumons sont peu envahis, et l'état général encore satisfaisant. En ce cas, le séjour des plages chaudes et humides peut rendre les douleurs supportables (Weber). La liquéfaction des crachats, la diminution de leur viscosité, est un des premiers résultats de la climathérapie marine, nous l'avons déjà exposé. Aussi les quintes de toux, si douloureuses en cas d'ulcération laryngée, sont-elles diminuées de fréquence, et sont-elles autrement efficaces pour débarrasser le larynx de ses produits de sécrétion.

Dans ces conditions, la phtisie laryngée, au début, est très heureusement amendée par la cure marine. En aucun cas, sauf aux périodes ultimes, elle ne saurait être une contre-indication formelle.

L'état de l'intestin fournit également indications et contre-indications à la cure atlantique. Et là, il y a lieu de distinguer.

Certes, *l'ulcération tuberculeuse de l'intestin* rend presque nulle toute tentative climathérapique. Mais encore faut-il tenir compte de l'étendue des lésions, de leur durée, des troubles généraux auxquels elles ont donné lieu, pour en déduire soit une indication, soit une contre-indication. Car la cure marine est sans action directe sur elles, elle ne leur est ni bonne, ni mauvaise, elle leur est indifférente.

En est-il de même au cas de *diarrhée chronique* liée à un catarrhe gastro-intestinal ? Nullement, car le catarrhe guérit souvent et rapidement, aussi bien à la mer qu'à l'altitude.

Nous avons déjà étudié l'hémoptysie, en tant que symptôme et recherché sa manière d'être en climathérapie marine. Aussi bien pourrait-on considérer l'hémoptysie comme une complication. La distinction importe peu. Ce qu'il nous faut rappeler, la démonstration en ayant été faite précédemment, c'est que la cure marine, mitigée par la cure forestière, donne les meilleurs résultats contre l'hémoptysie (1).

(1) *Gaz. des Eaux*, 1897.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Assistance médicale gratuite.

Monsieur et cher Directeur,

En lisant l'intéressant article du Docteur Gassot et le tableau officiel y annexé, il m'est venu à l'idée de le compléter, en réduisant certaines de ses indications à tant pour cent, de façon à en faire mieux ressortir les rapports mutuels. Je n'ai pu faire ce travail pour tous les départements et me suis contenté d'en prendre quelques-uns, en cherchant à faire la part égale au Nord et au Midi, à l'Est et à l'Ouest, aux départements industriels et aux départements agricoles, aux départements riches et aux départements pauvres. Si ce travail parait utile il pourrait facilement être complété.

Numéro d'ordre des départements classés par la série à laquelle ils appartiennent dans la richesse nationale	DÉPARTEMENTS	CHIFFRE de la population	NOMBRE des assistés inscrits	Proportion pour 100 sur la population	NOMBRE des assistés ayant été soignés	PROPORTION pour 100 des guéris	SOMMES allouées au service médical	PRIX par indigent soigné	Nombre des médecins exerçant dans le département	RÉPARTITION des sommes allouées suivant le nombre des médecins	OBSERVATIONS
		habitants					fr.	fr. c.		fr. c.	
15e série	Aisne	556.000	17.018	3 %	7.716	45 %	40.411	5.23	185	218.43	(1) Le tant pour cent n'a pas été fait, les populations des villes de Bordeaux et de Marseille ne devant pas se trouver comprises dans les chiffres inscrits.
62e »	Allier	425.000	12.153	2	1.239	10	6 874	5.50	183	37.56	
81e »	Basses-Alpes	132.000	3.736	2	720	20	9.932	12.71	49	202 »	
82e »	Hautes-Alpes	115.522	7.840	6	1.277	16	16.169	12.68	24	673.70	
76e »	Ardèche	376.000	14.081	3	1.267	9	5.118	4 »	58	88 24	
5e »	Bouches-du-Rhône	605.000	2.875	(1)	1.194	41	11.438	9 »	500	22.87	
17e »	Eure	364.000	12.856	3	3.575	21	24.458	6.82	117	209 »	
52e »	Gers	282.000	6.469	2 1/2	4.204	65	15.042	3.57	172	87 »	
8e »	Gironde	776.000	9.570	(1)	2.547	26	28.740	11 »	487	59 »	
31e »	Ille-et-Vilaine	622.000	68.112	10	4.392	6	52.881	12 »	204	259 »	
70e »	Haute-Loire	316.755	11.549	3	1.545	13	8.500	5.50	47	180 »	
20e »	Loire-Inférieure	644.000	11.599	2	3.825	32	16.502	4.31	242	67 »	
3e »	Nord	1.670.000	219.192	13	97.909	44	212.975	2 »	613	347 »	
7e »	Pas-de-Calais	853.000	116.312	13	47.934	41	141.555	2.95	268	528 »	
29e »	Territoire de Belfort	83.670	*2.581*	3	*2.576*	100	7.500	2.91	24	312 »	
48e »	Haute-Saône	296.000	16.457	5	1.197	7	41.320	34.52	84	491 »	
45e »	Var	289.000	4.235	1 3/4	479	11	5.903	12.32	147	40 »	
49e »	Vendée	435.000	11.989	2	1.955	16	9.936	4.83	139	71 »	
66e »	Haute-Vienne	373.080	5.818	1 1/2	1.996	34	12.513	6.27	107	116 »	

La moyenne générale des assistés ayant reçu des soins médicaux pour 100 inscrits dépasse 30 %.

Nous voyons : 1° que le pour cent de la population admise au traitement gratuit pour 1895 (et pour 1896 ces chiffres seront augmentés) varie de 1/2 et 2 % dans des départements pauvres comme les Basses-Alpes et la Haute-Vienne, à 10 et 13 % dans des départements riches comme l'Ile-et-Vilaine, le Pas-de-Calais ou le Nord, ce qui est déjà paradoxal.

2° En examinant la morbidité relative au nombre des inscrits, nous y retrouvons une nouvelle preuve de la facilité avec laquelle dans cette clientèle spéciale on a la tendance à abuser du médecin. Les chiffres de 20, 30 et même 40 % ne sont pas rares dans cette colonne ; nous y trouvons même 65 malades sur 100 inscrits dans le Gers, et enfin, pour le bouquet, dans le territoire de Belfort sur 2581 inscrits il y a eu 2576 malades. 5 inscrits seulement sont restés indemnes ; jamais statistique d'épidémie, futelle pesteuse ou cholérique, n'a donné de résultats pareils. De la moyenne générale, il ressort que la morbidité a dépassé 30 % du nombre des inscrits ; si cette proportion était aussi exacte pour le reste de la clientèle la crise actuelle se traduirait plutôt par une pléthore que par une anémie des ressources du corps médical.

3° Si nous regardons maintenant le prix moyen touché par les médecins par indigent soigné nous voyons clairement toute l'incohérence du système qui nous régit de 2 fr. dans le Nord, 2,95 dans le Pas-de-Calais, il oscille entre 5 et 12 fr. dans la plupart des départements pour arriver au chiffre de 34 fr. 52 dans la Haute-Saône.

4° Enfin, si nous divisons la somme allouée pour ce service, par le nombre des médecins exerçant dans chaque département nous assistons à des variations plus fantastiques encore. Chaque médecin des Bouches-du Rhone a touché une moyenne de 22 fr. 87, dans le Var elle s'élève à 40 fr. Vous voyez que pour ces confrères, bien qu'ils soient du Midi, il n'y a rien là d'exagéré. Le confrère de la Haute-Loire a touché 180 fr., celui du Pas-de-Calais 428 et enfin celui des Hautes-Alpes la somme fabuleuse de 673 fr. 70. Heureux confrères, s'ils connaissaient leur bonheur !

Mais pour moi, qui ai, pendant de trop longues années, assuré ce service, je me demande combien ces chiffres représentent de temps passé dans de pénibles courses, combien d'argent dépensé en chevaux, voitures, bicyclettes, y compris *l'impôt de luxe* qui les grève et tout cela pour faire de la philanthropie obligatoire au

compte de politiciens, qui en ont tout le bénéfice, tandis que nous n'en avons que les charges.

Veuillez agréer, mon cher Directeur, l'assurance de mes sentiments les plus confraternellement dévoués.

Dr P. Good,
Médecin consultant à Enghien.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de l'arrondissement de Caen.

1er *mai* 1897.

Présents : MM. Barette, *Président*, Barbier, Deschamps, Duchesne, Gidon, Gourdier, Guiot, Hauttement, Laurent, Noury, Osmont, Tourmente.

Excusés : MM. Collet, Fernagut, Masson, Quermonne, Tessel.

Les Quinze-Vingts.

M. Barette croit utile de rappeler l'affaire dont M. Guiot a entretenu le Syndicat en janvier dernier ; il le croit d'autant plus, qu'une discussion très importante a eu lieu à la séance du 20 février dernier au Syndicat des Médecins de la Seine.

M. le Dr Gorecki y a rappelé qu'en 1894, ayant été délégué par la Société d'ophthalmologie près de M. Monod pour lui demander : « qu'on n'ad-« mît aux Quinze-Vingts que des indigents, « aussi bien pour les hospitalisés qu'à la con-« sultation », M. Monod répondit que « nous « étions dans notre droit, mais qu'au terme *in-« digent* il faudrait substituer celui de *inscrit sur « les listes d'assistance*, ce qui permettrait d'être « très large tout en sauvegardant nos intérêts et « ceux des médecins même des Quinze-Vingts ». Or, il est manifeste que l'esprit de la loi ainsi compris, n'est pas exécuté.

M. Guiot dit que dans le fait qui lui est personnel, la malade, non indigente, loin de là, a été admise au vu d'un certificat médical constatant son état d'indigence. Il y a là un fait dont la complaisance est préjudiciable aux intérêts légitimes d'un confrère. Aussi il serait bon que les médecins s'engageassent à ne donner des certificats de cette nature qu'à bon escient et en s'appuyant sur des preuves sérieuses d'indigence des malades.

M. Barette propose la résolution suivante :

« 1° Les membres du syndicat des Médecins de Caen s'engagent à ne donner de certificats pour l'admission aux Quinze-Vingts qu'aux malades pertinemment connus par eux comme indigents « ou à ceux qui présenteront un certificat du percep-« teur constatant qu'ils ne paient pas d'impôts ». « (C'est d'ailleurs la formalité exigée pour les mala-« des de Seine-et-Oise).

« 2° Le Syndicat émet le vœu général que l'on « n'admette aux Quinze-Vingts que les malades mu-« nis d'un certificat d'inscription sur la liste d'indi-« gence de leur lieu de secours. »

Ces propositions sont adoptées à l'unanimité.

La Loi sur l'exercice de la Pharmacie.

M. Barette rappelle que la loi sur l'exercice de la pharmacie doit revenir en discussion à la Chambre des Députés. La commission parlementaire n'a tenu compte qu'en partie des réclamations du corps médical et il est de la plus haute urgence que les médecins agissent dans chaque département, près des représentants, afin de leur démontrer, ce qui est facile à comprendre, que le projet de la commission qui propose que : « Il soit dressé une liste des médicaments « que le pharmacien ne peut pas délivrer sans « ordonnance », constitue un très grand danger pour le public. En effet, chacun sait que chaque année, un grand nombre de médicaments nouveaux, ayant pour la plupart des bases très dangereuses, sont introduits sur le marché pharmaceutique.

La délivrance de ces médicaments, souvent dangereux, serait donc permise, puisqu'ils ne seraient pas portés sur la liste de *ce que ne peut pas délivrer le pharmacien* ! C'est pourquoi nous croyons qu'il est nécessaire et légitime de remplacer la rédaction ci-dessus par celle-ci : « Il « sera dressé une liste des seuls médicaments « que le pharmacien pourra délivrer sans ordon-« nance en cas d'urgence. » (Adopté à l'unanimité.)

Il convient aussi de maintenir l'autorisation pour le médecin de pouvoir fournir des médicaments ou des moyens de pansement en cas d'urgence, lorsqu'il n'y a point de pharmacie dans la localité. (Adopté.)

Ces vœux seront portés à la connaissance des Sénateurs et les Députés de l'arrondissement.

Exercice illégal de la Médecine.

M. Duchesne dit que l'officine du pharmacien est trop souvent, dans beaucoup d'endroits, un cabinet de consultation. Il est des pharmaciens qui non seulement donnent des conseils dans l'officine, mais qui consultent dans une pièce du fond de l'officine, et même vont à domicile voir des malades et se permettent de contrôler ou de blâmer les prescriptions médicales. Il demande que chacun recueille les faits de ce genre qu'il rencontrera, et que l'on cherche les moyens de s'y opposer.

M. Gourdier a pris le parti, dans sa région, de refuser absolument ses soins à ceux qui ont appelé chez eux le pharmacien avant lui ou qui ont subi son traitement administré à l'officine. Cette façon d'agir commence à réussir. D'ailleurs, il se réserve de relater d'une façon précise certains faits qui se passent dans sa région et qui sont absolument répréhensibles.

Affaire des magnétiseurs d'Angers. — Création d'une caisse de résistance.

M. Barette. — Vous avez sans doute lu les faits relatifs au procès intenté par le Syndicat Médical d'Angers contre des empiriques magnétiseurs, non médecins d'ailleurs. Une décision de la Cour d'appel d'Angers acquitta l'inculpée du chef d'exercice illégal de la médecine. A propos d'une nouvelle affaire, le Syndicat entame de nouvelles poursuites en vue de faire réformer la jurisprudence admise par la Cour d'appel, et il est décidé à porter l'affaire en cassation si cela est nécessaire. Il y a là une affaire d'un haut intérêt professionnel et une occasion unique de se solidariser. Le conseil de l'Union des Syndicats propose de créer une caisse de résistance, alimentée par des dons volontaires, destinée à subvenir aux frais de justice, quand un syndicat quelconque aura besoin de demander assistance

pécuniaire à cette caisse. Je crois, Messieurs, que nous devons adhérer à cette création ; ceux qui voudront envoyer une offrande personnelle au bureau de l'Union pourront le faire.

Mais, en outre, je pense qu'il est utile de faire une chose plus durable ; je vous propose de souscrire chacun, à l'avenir, un franc par an, en plus de notre cotisation statutaire pour envoyer à la caisse de résistance (Adopté.)

Je proposerai même au bureau de l'Union, si cette cotisation d'un franc par an et par tête dans tous les syndicats médicaux, ne serait pas une mesure utile à prendre désormais.

D'ailleurs, à la réunion du 27 avril 1897, M. le Dr Porson, le dévoué président de l'Union, a fait connaître que l'Association générale des Médecins de France est disposée à partager avec l'Union des Syndicats les frais de la procédure contre les magnétiseurs d'Angers.

Création d'un ordre des Médecins. — Collèges médicaux. — Chambres médicales.

Un important mouvement dans le monde médical s'accentue depuis quelque temps. L'idée de la création d'un ordre des médecins, qui paraissait absolument chimérique, il y a quelques années, a fait de grands progrès. La profession médicale a à se défendre actuellement, plus qu'elle n'a peut-être jamais eu à le faire. Il est du devoir du corps médical de lutter contre l'exercice illégal, non seulement parce qu'il est une injure à la loi, une injure aux praticiens honnêtes et dévoués, mais surtout et avant tout, parce qu'il porte le plus grand préjudice à la masse des malades. Nous avons à nous défendre aussi, et cela est triste à dire, contre les irréguliers de la profession, contre un certain nombre d'hommes pour qui le diplôme de docteur en médecine est devenu le pavillon qui couvre les pratiques d'un mercantilisme malhonnête et parfois criminel.

Le Président ne veut pas et ne peut pas entrer dans de plus amples détails ; l'organisation de quelque chose s'impose, notre pays est en retard sur presque tous les autres. L'organisation de cet ordre ou de ces collèges est difficile, épineuse au plus haut point, aussi elle doit être sérieusement étudiée par tous ceux qui ont quelque souci de la dignité professionnelle. Il propose de s'associer au mouvement général et de nommer une commission chargée d'étudier avec soin la question. (Adopté à l'unanimité.) La commission se compose des membres du bureau et de MM. Gidon, Duchesne, Quermonne et Guiot.

Privilège des frais de dernière maladie.

M. Barette signale une nouvelle atteinte portée aux droits des médecins par un projet de loi de M. le Ministre de la justice soumis au Sénat, sur la réforme hypothécaire. Il est ainsi conçu : « Les privilèges généraux sur les immeubles sont « supprimés. — Les articles 2104 et 2105 du Code « civil sont abrogés. » Or, les privilèges visés par l'article 2104 sont ceux énoncés par le 2101. « 3° Les frais quelconques de la dernière mala- « die quelle qu'en ait été la terminaison, con- « curremment entre ceux à qui ils sont dus. » Voilà, Messieurs, le petit cadeau ministériel au corps médical. Aussi propose-t-il d'adopter la déclaration suivante :

« Le syndicat protestant contre la suppression non « justifiée d'un droit en vertu duquel les médecins « pouvaient recouvrer leurs légitimes honoraires, « demande le maintien de l'art. 2101 du Code civil, « et prie MM. les Sénateurs de voter contre l'adop- « tion du projet ministériel.

Adopté.

Admission.

M. le Dr Lechevalier, de Caen, est nommé à l'unanimité membre du Syndicat.

Le Président,
Dr Barette.

REPORTAGE MÉDICAL

Vient de paraître, à la « Revue Médicale », boulevard Saint-Michel, 69, le compte-rendu *in extenso* du Procès des Docteurs Boisleux et de la Jarrige (acte d'accusation, interrogatoire, dépositions, réquisitoires, plaidoiries et verdict). Brochure in-4° raisin, 48 pages ; prix 1 franc.

Nous engageons vivement nos lecteurs à se procurer cet émouvant récit, qui ne manquera pas de leur suggérer de sérieuses réflexions sur les inconvénients de la juridiction commune appliquée à une profession comme la nôtre.

— L'*Ecole dentaire nationale Française* (ancienne école dentaire pratique) : siège, 25, boulevard Saint-Martin. Elle a pour directeur le Dr *Rousseau* ; les études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste ont une durée de trois ans. Pour y être admis, il faut être âgé de 17 ans et produire un diplôme de bachelier ; ou le certificat d'études du 30 juillet 1886, 25 juillet 1893 ; ou le certificat d'études primaires supérieures.

A l'école dentaire est annexée une école de *mécanique* et de *prothèse.*

— *Les tables de régime dans les villes d'eaux.*— Syndicat des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France.

Paris, le 3 juin 1897.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Un des éléments de la prospérité croissante d'un certain nombre de stations thermales étrangères réside dans les facilités qu'ont les malades d'y suivre un régime alimentaire approprié à leur état morbide et qui favorise l'action de la cure thermale. Ce régime est assuré soit par l'habitude du service à la carte, soit par des « *tables de régime* ».

Préoccupé de mettre les stations françaises au niveau de celles d'outre-Rhin, le *Syndicat des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France* a chargé l'un de ses membres, M. le Dr Janicot, de lui présenter un rapport « *sur les tables de régime à organiser dans certaines stations thermales* ».

La création de ces tables de régime se heurte malheureusement à d'assez grosses difficultés provenant surtout des hôteliers et un peu des malades.

Nous avons été unanimes à penser, avec celui de nos collègues qui a été chargé d'étudier la question, que la première chose à faire pour tourner ces difficultés était de demander au corps médical son appui. Cet appui serait très efficace si, chaque fois qu'un médecin envoie un malade justiciable d'un régime à une station thermale, il lui recommanda

de demander la « table de régime », ou, à son défaut, le service à la carte, dirigé par le médecin. Pour se renseigner à ce point de vue, les malades n'auraient qu'à écrire, avant de partir, au médecin auquel ils sont adressés.

C'est pour nous assurer cet appui du corps médical, en vue d'une réforme aussi utile,que nous vous prions, Monsieur le Rédacteur en chef, de vouloir bien nous prêter la publicité de votre estimable journal. Nous vous remercions d'avance.

— *Création d'emplois de médecins auxiliaires des colonies.* — Un décret du 25 mai 1897, dont les dispositions sont résumées ci-dessous, prévoit l'emploi de médecins auxiliaires dans les hôpitaux, postes, et établissements locaux ou pénitentiaires des colonies.

Nul n'est admis à l'emploi de médecin auxiliaire s'il ne satisfait aux conditions suivantes :

1° Etre Français ou naturalisé Français ;

2° Etre âgé au moins de trente-deux ans au moment de son admission, à moins qu'il ne compte assez de services à l'Etat pour avoir droit à une pension de retraite à l'âge de cinquante-trois ans ;

3° Etre pourvu du diplôme de docteur en médecine ;

4° Etre reconnu apte à servir aux colonies et pays de protectorat ;

5° Produire un état pour néant de son casier judiciaire ; un certificat de bonnes vie et mœurs et un certificat constatant qu'il a satisfait aux exigences de la loi sur le recrutement. Les médecins auxiliaires peuvent, après trois ans de services dans cet emploi, être nommés médecins titulaires, sur proposition motivée et pour services signalés. Le temps exigé pour cette promotion est réduit des mois de services antérieurs à titre de médecins des corps de santé des colonies, de la marine ou de l'armée.

Les médecins auxiliaires exerçant les fonctions portent les insignes et reçoivent la solde de médecins de 2° classe des colonies. Ils ont droit à la même pension de retraite.

Les médecins auxiliaires sont commissionnés par le ministre. Ils contractent, en entrant au service, un engagement de trois ans.

Les peines disciplinaires, qui leur sont applicables sont les mêmes que celles prévues pour les officiers du grade dont ils ont la correspondance ; ils sont soumis aux mêmes règles de subordination hiérarchique.

Les médecins auxiliaires peuvent être licenciés aussitôt que les circonstances qui nécessiteront leur admission auront cessé d'exister.

Le licenciement peut être prononcé par mesure disciplinaire, sur la proposition motivée du chef de service, dont ils relèvent.

— *Nominations.*— Le premier concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices de Paris s'est terminé par la nomination de MM. Chevalier et Mauclaire.

Le concours pour une place d'accoucheurs des hôpitaux et hospices de Paris s'est terminé par la nomination de M. Demelin.

— *Les tarifs d'honoraires.* — Les Sociétés médicales d'arrondissement à Paris se préoccupent, comme l'ont fait beaucoup de Syndicats, d'adopter des tarifs d'honoraires. Nous avons publié récemment celui du XV° arrondissement : les Sociétés du XI° et du XII° ont imité son exemple. Il y aura là des documents précieux pour faciliter la tâche des magistrats taxateurs qui ont toute une éducation à faire sous ce rapport. Il ne restera plus qu'à leur rappeler, pour les cas embarrassants, que les Bureaux de nos Sociétés professionnelles sont prêts à remplir gratuitement le rôle d'experts.

— *Tuberculose et congés de réforme.* — M. le Dr Bourillon député de la Lozère, et membre du *Concours médical*, vient de déposer, sur le bureau de la Chambre, une proposition de loi, réclamant création des congés de réforme temporaire, dont la délivrance viserait surtout le développement de la tuberculose dans l'armée. Ces congés auraient une durée d'un an et seraient renouvelables. A leur expiration, le militaire de l'active, de la réserve ou de la territoriale, qui en aurait profité, suivrait le sort de la classe à laquelle il appartient.

Avec les hygiénistes en général et la plupart des autorités du Corps de santé militaire, M. Bourrillon estime que, la réforme étant à cette heure une mesure définitive, les commissions qui la prononcent sont dans la nécessité d'être trop rigoureuses, et que, par le système de la réforme temporaire, des candidats à la tuberculose ou des hommes légèrement atteints, pourraient guérir à l'air natal, ne seraient pas perdus pour l'armée et ne constitueraient plus à la caserne des dangers de contagion.

— *Spécialistes et médecins ordinaires à Vienne* (Autriche).— La Société médicale du 9° arrondissement de Vienne propose à la chambre médicale de régler ainsi les rapports des spécialistes et des médecins ordinaires :

1° Le spécialiste est un médecin qui renonce à l'exercice de toutes les branches de la médecine à l'exception d'une partie bien délimitée ;

2° Le spécialiste ne doit entreprendre aucun traitement sans s'être entendu avec le médecin ordinaire du malade ou de sa famille ;

3° Le médecin ordinaire doit être mis au courant du diagnostic établi et son avis doit être pris pour les interventions importantes ;

4° S'il n'est pas possible que le médecin ordinaire dirige le traitement à suivre, le spécialiste doit le laisser y prendre part dans la mesure de son aptitude ;

5° Le malade ne peut être adressé par le spécialiste à un troisième médecin qu'avec l'assentiment du médecin ordinaire.

Cette subordination presque absolue du spécialiste ne peut, à notre avis, être acceptée que comme usage général à adopter, en matière de convenances. La dérogation fortuite à un règlement de ce genre doit être fréquemment excusable, et il conviendrait de retenir l'esprit plutôt que la lettre de ces prohibitions, si l'importation s'en faisait chez nous.

— *Récompense au docteur Yersin.* — On peut encore discuter la valeur du sérum Yersin ; on ne contestera pas le courage de cet expérimentateur qui semble s'être condamné à vivre dans le dangereux milieu de la peste épidémique depuis plusieurs années.

La Société de l'encouragement au Bien a décerné sa plus haute récompense, « la couronne civique », au docteur Yersin, de l'institut Pasteur. Nous ne pouvons qu'applaudir.

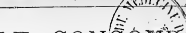
ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4185. — M. le docteur Charpentier, de Neuvy-sur-Loire (Nièvre), présenté par le docteur Valois, de Cosne (Nièvre).

N° 4186. — M. le docteur Peyrot, de Néris (Allier), membre de l'Association des médecins de l'Allier.

Le Directeur-Gérant : **A. CEZILLY.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année  N° 25 19 Juin 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

A NOS CONFRÈRES DE L'ARMÉE ET DE LA MARINE

Caisse des pensions de retraite du Corps médical français.

Chaque fois que le *Concours médical* a jeté les bases d'une œuvre de prévoyance, nos préoccupations allaient aux confrères de l'armée et de la marine, à qui, une solde, en disproportion ridicule avec la valeur scientifique et les services rendus, interdit presque toute autre économie, pour les vieux jours, que la retraite péniblement acquise par la retenue forcée de 5 %, sur leurs appointements.

Cette obsession nous reprenait, encore plus vive, quand le Tonkin, le Dahomey, Madagascar, appelaient nos soldats et nos marins ; quand la fièvre jaune et autres épidémies intertropicales, fauchaient, en aveugles, dans les rangs de ces jeunes médecins, qu'on envoyait lutter contre elles, aux Antilles, au Sénégal, et qui tombaient, braves et résignés, en accomplissant héroïquement leur devoir, loin de leur famille, dont l'avenir, trop souvent menacé par la gêne et la détresse, leur créait une angoisse de plus.

Nous pensions, nous aussi, au dénûment des veuves, au sort des orphelins, en faveur desquels on solliciterait, annuellement, un secours bien modeste, pour ne pas dire insuffisant ; aux filles restées sans dot, à tout ce qui fait si triste, en un mot, l'existence de cette femme, dont le mari vient de payer obscurément le tribut du sang, dans la fleur de l'âge, au devoir doublement professionnel du médecin et du soldat.

Dans l'intervalle même des grandes hécatombes, nous songions à l'exiguïté de cette seule compensation, *la pension de retraite*, offerte comme aboutissant d'une vie d'abnégation et de discipline, parfois de pauvreté cachée, souvent en butte à mille attaques d'inconscients, à mille froissements immérités, et dont les seules satisfactions sont celles du devoir accompli. Nous voyions, avec de douloureux étonnements, le confrère de la marine, mis en congé pour *infirmités temporaires*, perdre le tiers de sa solde au moment où il en a le plus besoin ; de même, celui que l'on réformait *pour infirmités incurables* (1), après 18 ans de services, recevoir pendant neuf années, seulement, les 2/3 de la somme qui lui eût été acquise, comme pension viagère, après 25 ans, et, au bout des neuf années, n'avoir plus aucun droit à la reconnaissance de l'Etat qui lui prit sa santé, mais s'inquiète plutôt de l'indemniser en proportion des retenues par lui subies.

Nous songions aussi au sort encore plus lamentable des veuves et des orphelins, privés de toute pension et ne recevant que d'insignifiants et rares secours, quand le mari ou le père, n'ayant pas encore droit à la retraite, avait succombé à un accident survenu en dehors du service ou à une affection non endémique des pays chauds.

C'est surtout et uniquement pour ces derniers cas assez nombreux et si dignes d'intérêt, quand la veuve ou les orphelins sont sans ressources, qu'un de nos anciens collègues marin, membre du *Concours médical*, adressait, en 1884, à ce journal, page 273, une lettre pour soumettre à ses collègues un projet d'association, basé à peu près sur le modèle de l'Association générale des médecins de France. Cette association aurait certes pu soulager bien des misères, mais l'auteur de ce projet (le Dr Brassac, aujourd'hui directeur du Service de Santé de la marine en retraite) qui,

(1) Mais ne donnant droit à une pension de retraite anticipée que lorsque ces infirmités reconnaissent pour origine un fait bien avéré de service (blessures en service commandé, maladies épidémiques contractées hors d'Europe, etc...) ; dans le cas contraire, ces infirmités n'entraînent que la réforme avec traitement permanent très réduit, si l'intéressé a plus de 20 ans de service, et s'il a moins de 20 ans, un traitement représentant les 2 tiers du minimum de la retraite du grade et cela seulement pendant la moitié du temps qu'il a servi.

pour réussir, exigeait un versement mensuel très faible (1 fr. au moins), mais consenti par tous les membres du Corps de santé, reconnaît qu'il y aurait eu des difficultés et que l'abonnement individuel facultatif, à la Caisse des pensions de retraite des médecins français, tout en exigeant, il est vrai, plus de sacrifices, est bien préférable, puisqu'il assure des avantages sérieux à tous ceux qui se sont imposés ces sacrifices.

Ce sont les situations souvent si tristes faites à de vaillants serviteurs et à leurs familles qui nous ont préoccupé bien des fois et, n'oubliant pas que nous avons appartenu à ce corps de santé de la marine, nous voulons aujourd'hui tendre la main aux médecins des armées de terre et de mer et leur montrer comment ils peuvent se garantir, eux et les leurs, contre des amoindrissements de situation qui confinent parfois à la gêne et dont s'offense à bon droit leur légitime amour-propre.

Aussi ne voulons-nous plus attendre pour dire, avec précision, par quels côtés notre *outillage de prévoyance* se montre à même de rendre des services aux médecins de l'armée et de la marine.

Il est évident que l'*Association amicale pour l'indemnité en cas de maladie*, basée sur la morbidité des médecins civils, en Europe, ne peut endosser les risques de la morbidité coloniale, même en temps de paix. D'ailleurs, il est juste de reconnaître que, sauf dans les deux cas cités plus haut, le médecin militaire ou marin n'est pas très gravement atteint, dans ses intérêts pécunaires, par la maladie, puisqu'il est traité et rétribué à l'hôpital et en congé de convalescence.

La *Caisse des Veuves et des Orphelins*, actuellement à l'étude, serait, au contraire, l'œuvre bienfaisante par excellence, pour les familles médicales de la marine surtout, si l'on considère le temps de paix, et pour les médecins militaires, dans le cas d'une guerre importante. Mais si l'on réfléchit que les uns et les autres sont déjà *un peu* couverts par ce tiers de pension ou par le secours de l'Etat, on comprendra que nous ayons dû avoir en vue nos confrères civils qui ne le sont pas du tout, et que, dès lors, la mortalité de ceux-ci étant, ici, la base nécessaire du calcul des primes, la mortalité des médecins militaires et des médecins de la marine créerait des risques incompatibles avec la durée de notre Caisse.

Pareilles impossibilités, en revanche, disparaissent, si nous jetons les yeux sur la *Caisse des pensions de retraite des médecins français*.

Ici la participation est possible, pour nos confrères de l'armée et de la marine. C'est pourquoi nous voudrions indiquer, à grands traits, comment elle leur serait utile.

1° Prenons-les à la sortie des écoles de Bordeaux et de Lyon, alors qu'ils commencent à toucher la solde du 2e galon (1) (environ 2900 fr.) et qu'ils ont déjà acquis le droit de compter quatre ans de services pour la retraite. Ils ont à peu près 25 ans, en moyenne, et presque tous auront la faculté de prendre leur retraite, s'ils le désirent, à 46 ou 47 ans, alors qu'ils seront devenus possesseurs du 4e galon. La pension viagère, qui sera mise alors à leur disposition, variera entre le minimum de 3.000 fr. et le maximum de 4.000 fr., suivant les campagnes et années supplémentaires de service ; la somme attribuable à leur veuve, le jour de la mort du mari, sera le tiers de 4.000 fr., soit 1333 fr. Ils touchaient hier une solde d'activité de 6.500 fr. à peu près ; la solde de retraite constitue, pour leur budget, une recette de moitié moins forte.

(1) Solde du 2e galon du médecin de 2e classe de la marine. Solde à terre 2,912 fr. avec indemnité de logement et d'ameublement.

Solde à la mer, 3.031 fr., non compris le traitement de table qui, avec la ration, suffit largement à l'entretien de la table.

Solde aux colonies 5,285 avec l'indemnité de logement et d'ameublement, et il est rare qu'aux colonies les médecins n'aient pas quelques légers suppléments de fonctions.

FEUILLETON

Les médecins consultants de Cosmopolis.

La ville de Cosmopolis n'existe sous aucune latitude, ni au nord, ni au midi, ni dans le pays d'Ophélie, ni dans celui de Mignon. — C'est une cité imaginaire, dans laquelle j'ai aggloméré tous les médecins consultants qui exercent dans les villes d'eaux et bains de mer, dans les stations climatériques et thermales, afin qu'on puisse les passer plus facilement en revue. A part les exceptions inévitables à toute collection, ils peuvent affronter, sans peur, la loupe des inquisiteurs.

Les pamphlétaires de parti pris ne voient que les tares et les travers ; ils étalent avec complaisance les ridicules et les faiblesses des nôtres, sans rendre justice à la droiture et au savoir du plus grand nombre. C'est ce qui ressort nettement de la lecture des articles virulents qui ont paru dans différents journaux politiques, il y a quelques mois ; c'est ce qui frappe dès les premières pages dans les *Morticoles*. Le petit Daudet vient de récidiver dans Suzanne. Je vous recommande comme un joli échantillon de mauvaise foi et de parti-pris les portraits de la plupart des médecins, qui assistent à une réception hebdomadaire du professeur Harlon. Le chirurgien Bourade y est particulièrement maltraité :

« La vie se présentait joyeuse à son bistouri et, lestement, gaiement, toutes manches retroussées, il sabrait sans trêve les ovaires. Je dépeuple et je m'enrichis, telle eût pu être sa devise. A l'hôpital, il s'exerçait sur les malheureuses dont la fécondité est un fardeau. Sa clientèle privée bénéficiait de ce long usage et ses opérées l'adoraient, tant le vice leur semblait désormais facile. Ce méthodique abatage lui valait le surnom de fléau des ventres. »

C'est assez, n'est-ce pas ; ces quelques traits, dont la brutalité écœurante est volontairement exagérée, suffiront, je pense à vous édifier :

Sunt verba et voces, prætereaque nihil !.

J'ai tenu à relire, récemment, Mont-Oriol, de Guy de Maupassant, qui m'avait jadis passablement irrité et je n'ai pu de nouveau que hausser les épaules, devant ce ramassis de potins,

Pendant une douzaine d'années, ces confrères pourront, probablement, conserver assez de vigueur et d'activité, pour faire de la clientèle civile, et y trouveront une compensation. Mais, vers la soixantaine, cette ressource fera de plus en plus défaut, surtout avec l'encombrement, dont nous sommes menacés, et, à cet âge où ils ne gagneront plus guère, où ils dépenseront davantage pour l'établissement de leurs enfants, nous les trouverons réduits à ne plus toucher que leurs 3.000 à 4.000 fr., au lieu des 6.000 inscrits aux années précédentes.

Qu'arriverait-il, au contraire, si, à 25 ans, ils s'étaient inscrits à notre Caisse des Pensions pour une *double* retraite type, c'est-à-dire pour toucher, à partir de 60 ans, une pension viagère de 2.400 fr. ? Il en résulterait la disparition de la crise budgétaire dont nous venons de signaler les inconvénients, pour ceux qui sont au seuil de la vieillesse. Si les 250 fr. (tableau A) qui représentent la prime annuelle à payer, sont une charge assez sérieuse et exigent quelqu'effort d'économie, tant qu'on est réduit au traitement du 2e galon, c'est-à-dire pendant 6 à 7 et même 8 ans parfois pour la marine, cinq ans en moyenne, vraiment elle s'atténue beaucoup, cette charge, à mesure que l'on monte en grade, que l'on a droit à des soldes spéciales de mer, de colonie, d'état-major, ou à des accessoires de solde pour telle fonction remplie. Il en est encore de même, pendant la période de quelques années, qui suit la mise à la retraite, et où la clientèle civile peut apporter un supplément de ressources assez important.

Ainsi, se trouve démontrée l'utilité réelle de notre *Caisse des Pensions* pour le confrère militaire qui parcourt une carrière moyenne, normale, sans accidents et que nous supposons célibataire.

2° Restant toujours en présence du cas de cette carrière normale, envisageons maintenant ce que peut tirer, de notre caisse, le confrère marié, sans avoir à s'imposer de gros sacrifices.

Vers la quarantaine, il reçoit la croix de la Légion d'Honneur. « C'est un supplément de « 250 fr. dont nous nous sommes bien passés « jusqu'ici, dit-il à sa femme ; pourquoi ne pas « l'employer à t'assurer du pain pour tes vieux « jours, si je viens à disparaître trop tôt ? — Tu « as 30 ans. Le tableau B de la Caisse des Pen« sions nous dit qu'en versant dès aujourd'hui « deux fois 765 fr., soit 1.530 fr. pris sur nos éco« nomies de ma dernière campagne, il ne te res« terait plus qu'à donner tous les ans les 250 fr. « de ma croix, pour t'assurer 2.400 fr. de rente « viagère à partir de 60 ans. Sais-tu qu'en y ajou« tant les 1.333 fr. de l'Etat, cela te ferait, moi parti, « près de 4.000 fr. qui te permettraient de vivre « convenablement, après avoir consacré ta dot « personnelle à l'établissement des enfants ? »

— « Mais, si tu meurs avant que j'aie atteint « mes soixante ans, comment ferais-je, mon « ami, pour payer les 250 fr. ?

— Ce cas a été prévu par l'article 19. Il te « donne le droit de demander, à ma mort, la « liquidation immédiate de ta pension person« nelle, qui sera réglée proportionnellement au « chiffre pour lequel nous aurons souscrit, au « prorata du capital versé, et d'après la vie « moyenne, à l'âge que tu auras atteint ce jour« là, suivant la table de Deparcieux. Tu cesseras « de verser des primes, si tu ne peux continuer « de le faire, et, à 60 ans, tu toucheras non pas 2.400 « fr. mais la pension à laquelle te donneront « droit les payements que nous aurons effectués. « Ton argent ne sera pas perdu.

« Il ne le serait que si tu venais à mourir « avant moi. Mais, dans ce cas, chère amie, les « enfants ne manqueront de rien, si je survis, « moi, touchant une retraite de chaque main, « faisant quelque clientèle, et laissant aux petits « les 1333 fr. et ta fortune personnelle. »

— « Je suis convaincue, mon chevalier ; écri« vons au Dr Delefosse. Sur leurs vieux jours, « Philémon et Baucis auront de quoi offrir des « étrennes et des Noëls aux enfants de leurs en« fants, après avoir établi ceux-ci. »

---

tout au plus acceptables par des concierges auvergnates. Les caricatures grotesques du mordant écrivain, qui a été bien mal inspiré dans son débinage, ne sont pas vraisemblables et ne supportent pas la dissection. Un coup d'épingle suffit pour crever ces ballons en baudruche. Le docteur Honorat, « qui se moque de tout le monde et de tout, en commençant par ses malades et par ses eaux », aurait été bien vite supplanté par ses rivaux, s'il avait été aussi jobard. En préférant les cartes et le vin blanc à la médecine, loin de conquérir une baignoire d'honneur, il n'aurait pas pu résister six mois, on l'aurait fatalement envoyé tricoter ailleurs la bourrée classique, qu'il exécute de toutes ses jambes, trouvant qu'il est bon d'être jeune, quelquefois.

Sa femme elle-même, à laquelle il n'a jamais pu s'accoutumer, et qu'on nous présente comme une sorte d'entremetteuse louche, ne saurait résister à l'examen. N'était-ce pas assez du cynisme du mari, sans que sa femme vienne encore le compromettre et l'afficher ? Quel est le médecin qui pourrait se maintenir dans des conditions aussi désastreuses ? On serait honni et on deviendrait impossible, pour des peccadilles dix fois moindres.

Il n'est heureusement pas nécessaire de se faire remarquer par une excessive dévotion, comme le docteur Black, « petit homme à tête de boule-dogue, qui parlait bas, toujours, dans tous les coins, avec tout le monde, à la façon d'un prêtre qui confesse », pour mériter la confiance des personnes pieuses et avoir la retenue pudique, qui inspire confiance aux jeunes comme aux vieilles femmes.

Les colères du docteur Latoune, jaloux et exaspéré, qui, sans ce faiseur, aurait été le grand augure de Mont-Oriol, sont hors de proportion. En pareil cas, les plus rapaces ont la jalousie prudente du docteur Bonnefille ; leur verve narquoise ne s'exerce qu'en sourdine, en petit comité, au lieu de s'étaler sur la place publique et à tout venant.

Il est heureux pour notre amour-propre national que le docteur Mazelli, « portant moustaches seulement, ayant un mot aimable pour chaque homme, un compliment pour chaque femme, un sourire même pour chaque domestique, soit

3° Mais la carrière, dont nous venons de parler, sera peut-être traversée par des accidents, ou interrompue, prématurément, de diverses façons. Montrons, par deux exemples, les atténuations, qui peuvent alors venir de la participation de notre Caisse.

A. L'avancement languit. Vous prévoyez que, par suite de l'encombrement des grades supérieurs, le troisième galon vous conduira au bout de vos 25 ans de services. D'autre part, vous venez d'atteindre 35 ans, et vous songez à vous marier : seulement la fiancée exige que vous abandonniez l'uniforme et la vie errante. — Avec les difficultés actuelles de la clientèle civile, la crainte arrive de ne pouvoir rien mettre de côté avant l'heure de la vieillesse, et il vous semble dur de renoncer à la pension militaire, dont la perspective vous avait toujours souri. L'hésitation est légitime.

Confrère, permettez-nous de vous rendre le sacrifice plus facile, vous avez souscrit à notre Caisse pour une pension de 1.200 fr., quand vous sortiez de l'Ecole, et vous payez, à cet effet, une prime de 125 fr. ; souscrivez-en une autre, aujourd'hui, pour laquelle, avec vos dix ans de plus, vous verserez annuellement 175 fr. C'est une charge de 300 fr. dont vous grevez votre futur budget de médecin civil ; elle n'a rien de terrifiant, n'est-ce pas ? — Eh bien, elle vous procurera, à *l'âge où vous en aurez probablement besoin* (car, jusqu'à 60 ans, vous ferez de la clientèle), la même retraite que si vous étiez resté ce que vous êtes.

Et, cette précaution prise, faites à Mademoiselle votre première concession.

Si elle veut nous en croire, elle vous en demandera même une autre plus tard, celle de lui laisser signer, à l'apparition des premières espérances de postérité, la petite feuille qui termine nos brochures, de telle sorte que vous puissiez lui présenter, un jour, arrivant à son adresse, un joli titre de cette même caisse, que M. le Dr Verdalle lui enverra, contre sa première prime, de 150 fr. environ, puisqu'elle a 28 ans.

Vous jugerez alors de la quiétude qu'apportent dans un ménage ces parchemins bien authentiques, et, s'il est des concessions que vous ne regretterez pas d'avoir faites, ce seront ces deux-là.

B. Prenons maintenant le cas, que nous citions au début, où, vers l'âge de 38 ans, un médecin militaire est mis en *réforme pour infirmités incurables*.

Jusqu'à 47 ans, il touche les 2/3 de ce qui eût été sa pension ; puis, plus rien à partir de cet âge. Que deviendra-t-il si l'exercice de la médecine lui est devenu impossible ?

Eh bien, tandis que la Caisse des Invalides ne lui doit plus rien, la nôtre est loin de l'abandonner. S'il a toujours versé ses 125 fr., depuis l'âge de 25 ans, nous lui appliquerons l'article 13. En conséquence, il recevra annuellement les 635/1000 de la pension type de 1200 fr. soit 762 fr., qui seront prélevés sur la caisse auxiliaire, et, de plus, cette caisse auxiliaire continuera de payer la prime annuelle de 125 fr. de façon à maintenir le droit à la pension totale de 60 ans, si le confrère revient à la santé et reprend avant cet âge le versement de ses primes (Voir 1° article 18, 2° tableau D, 3° article 31, 4° procès-verbal de la réunion du 25 avril 1897).

Il nous semble que cette disposition est d'une importance capitale, dans le cas que nous avions en vue, et qu'elle intéresse au plus haut point ceux de nos confrères que la maladie ou l'infirmité incurable, condamneraient à l'inaction absolue et à une véritable détresse.

Et, n'existe-t-il pas une évidente nécessité, pour les médecins coloniaux, surtout, de prévoir cette éventualité fâcheuse ? Comme ceux-ci ont, à grade égal, des soldes beaucoup plus élevées que leurs collègues, ils ne devraient pas hésiter à nous suivre dans la voie de la prévoyance.

4° Comment ne pas nous arrêter encore à signaler aux deux cents confrères qui composent le corps des *médecins sanitaires maritimes*, l'intérêt qu'ils ont à suivre notre exemple ?

Ils touchent une solde moyenne de 3,000 fr.

---

de nationalité étrangère. C'est un type de garçon coiffeur, que ce rasta qui savait tout faire en perfection, depuis les compliments jusqu'au macaroni, qui soignait par le massage et le curaçao, qui donnait au chef des conseils sur la cuisine, « à la femme de chambre des avis précieux sur l'hygiène de la tête, pour conserver aux cheveux de sa maîtresse leur brillant, leur nuance superbe et leur abondance, au cocher des renseignements fort utiles de médecine vétérinaire, qui racontait des anecdotes, des erreurs monstrueuses des plus grands médecins et prouvait l'insanité, la fausseté de leur prétendue science ».

Que dire des dames qui « complotaient des surprises pour lui plaire, des cadeaux ingénieux pour le toucher, des gentillesses pour le séduire » ?

C'est invraisemblable, eût il été encore plus « le grand sujet de conversation, le seul objet de l'attention publique ». Ce triste personnage qui poursuit une dot et fait la chasse aux héritières est parfaitement odieux, quel que soit le diplôme dont il est porteur.

Les séducteurs de ce genre peuvent se rencontrer dans d'autres professions que la nôtre ; je n'en ai jamais vu dans Cosmopolis. Peut-être en a-t-il existé jadis, de cet acabit, à Baye ou Baies, la reine des villes d'eaux romaines, sur les bords du golfe de Naples. C'est sur ce rivage fréquenté par les Romains riches et avides de plaisirs, qu'Anatole France, (un bénédictin narquois, comme il s'est lui-même défini), fait rencontrer Helius Lamia et l'ancien procurateur de Judée, Pontius Pilatus. Il parle avec enthousiasme des jardins, des villas peuplées de statues, des portiques, des terrasses de marbre, des temples de la côte de Campanie, des lauriers du Pausilippe et du Vésuve qui riait dans les profondeurs de l'horizon. Mais le sort de cette splendide cité thermale n'est pas à envier, car elle succomba sous le faix de sa splendeur éphémère, la vie balnéaire ayant dégénéré, peu à peu, en une vie de scandales et de débauche, à tel point que vers la fin de l'empire elle n'était plus qu'une ville abandonnée.

C'est un préjugé ridicule du public de croire que les médecins des villes d'eaux, ne cherchent

par an, et sont nourris à bord ou indemnisés pour les journées de séjour à terre. Quand leur cadre sera définitivement constitué, leur situation sera peut-être aussi tentante que la nôtre, vu la misère des temps, et peut-être aussi auront-ils le droit de s'en faire une carrière, à suivre jusqu'à l'âge des infirmités. S'ils ont eu la bonne idée de s'assurer à notre Caisse une pension de retraite, nous ne verrions pas d'inconvénient pour eux à se laisser longtemps ballotter par les flots, plutôt que par les hasards de la clientèle. Ils seraient même, là, sans doute, plus sûrs que nous du lendemain.

5° Même remarque s'applique aux *médecins de colonisation d'Algérie et de Tunisie*. Sont-ils sûrs, quand ils rentreront en France, de retrouver des fixes de l'importance de ceux qu'ils touchent là bas? Sont-ils sûrs d'en rencontrer l'équivalent dans la clientèle, quand aura triplé le nombre des médecins? Non évidemment. Ceux qui, s'étant assurés une bonne retraite, sauront maîtriser la nostalgie du clocher natal ou du boulevard, aussi longtemps que possible, et vivre leur vie spéciale, en s'attachant au milieu qui les entoure, seront peut-être un jour considérés par nous comme des heureux et des sages. Combien de clientèles de France sont dès aujourd'hui tombées au-dessous de cinq mille francs ! Et songez à ce que cela sera dans quinze ans.

Il n'entre pas dans le cadre de cette étude de prévoir toutes les situations où la *Caisse des pensions, créée par le Concours médical*, et en pleine prospérité aujourd'hui, avec ses 700 mille francs de réserves, peut rendre d'éminents services aux médecins de l'armée, de la flotte ou des colonies. Mais chacun de ceux-ci les saisira fort bien, s'il veut *lire et méditer* la brochure où sont présentés les renseignements et les statuts de l'œuvre.

Nous applaudirions particulièrement à l'initiative de ceux qui, professeurs à l'Ecole de Lyon, ou à l'Ecole de Bordeaux, chefs de service des grandes Compagnies de navigation, etc..., feraient connaître les avantages de cette forme de prévoyance aux jeunes médecins, sur lesquels ils ont l'autorité de l'influence et de l'expérience.

Il va sans dire que nous nous tenons à leur disposition pour tout ce qui pourrait leur faciliter la tâche, et que nous serions heureux de nous associer, par tous les moyens en notre pouvoir, à leur acte de réelle confraternité, disons mieux, à leur bonne action.

Nota : Sur simple demande, à l'adresse : Concours médical, 23, rue de Dunkerque, tous nos confrères de la Marine, des Colonies et de l'Armée, Médecins sanitaires, et Médecins de colonisation, recevront, par retour du courrier, les Brochures relatives à la Caisse des pensions de retraite, les imprimés pour leur admission, en un mot, tout ce qui est nécessaire pour leur affiliation et pour celle de leurs femmes.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le redressement brusque de la bosse du mal de Pott.

M. le Dr *Ménard*, de Berck, le rival de M. *Calot*, est venu à l'Académie de Médecine le 11 mai, pour combattre la méthode de traitement du mal de Pott par le redressement brusque :

« J'ai exécuté, dit-il, *post mortem*, le redressement brusque suivant la technique indiquée.

« De mes expériences il résulte qu'une caverne haute de 2, 4, 6 centimètres, remplie de débris tuberculeux, se trouve substituée au plan de séparation au niveau duquel les deux segments du rachis étaient inclinés l'un sur l'autre.

« La réparation de cette caverne ne pourra se faire par un cal osseux, car, sur les pièces anatomiques appartenant à chaque période du mal de Pott, on ne peut en aucun cas trouver une preuve de la production d'os nouveau, ni sous le périoste, ni dans l'intervalle des vertèbres malades.

---

qu'à coquetter avec leurs clientes, et à profiter de leur intimité.. Ah ! ils ont bien d'autres soucis en tête. Leur mission est délicate et ils la prennent à cœur. Ils s'efforcent, avant tout, de démontrer que, dans leur station, tout doit aider ou inviter, en quelque sorte, à la guérison. Ils s'occupent à la fois du physique et du moral, de la maladie et du malade, recherchent tout ce qui peut augmenter, aux yeux de leurs clients, le prestige de leurs bienfaisantes sources. Le médecin aquatique actuel est loin de ressembler à celui d'il y a trente ans, au crépuscule de l'empire, où la frivolité et la galanterie étaient de bon ton. Ah ! comme il a changé. Les revenants de cette époque mondaine pourraient mettre leur monocle le plus conquérant, ils ne parviendraient pas à le reconnaître, pas plus que les gens du monde, qui menaient grand train et qui aujourd'hui se dissimulent avec soin. On pourrait presque lui reprocher d'être devenu trop grave, trop compassé, de trop se désintéresser des féminités et de tout ce qui ne touche pas à son art propre.

Il a tant à lutter contre la concurrence, contre les rivalités qui le guettent, que pour s'imposer ou se maintenir, il est encore plus obligé que les autres médecins de s'observer, de se tenir au courant du progrès scientifique, de ne rien négliger, en un mot, pour inspirer confiance à ses correspondants et à ses malades. Aussi, il a sacrifié de bonne heure à la chimie et au microscope ; il fait constamment des expériences, des recherches et est presque toujours en gestation d'une idée ou d'une brochure. Il n'a plus le temps de se pommader, de se mettre à la dernière mode, de courir les soirées ; son laboratoire et ses cochons d'Inde le réclament ; il a des épreuves à corriger, des notes à prendre, des statistiques à terminer ; il guette le titre de correspondant de l'Académie ou de toute autre société et il tient à arriver bon premier.

Il n'a plus le temps, vous dis-je, que d'être médecin et un excellent médecin, expert en sa spécialité, soucieux de sa petite notoriété. Voilà ce qu'il faut que le public sache bien, pour ne pas retarder et être juste dans ses appréciations !

Dr Grellety (de Vichy).

« La soudure osseuse ne se fait pas, ou reste très incomplète avec la gibbosité.

« La gibbosité redressée, l'absence de production d'os nouveau conduit à cette conclusion : la caverne, créée par le redressement, n'étant pas comblée par un cal osseux, il s'en suit que la gibbosité se reproduira. »

Après cela, si la méthode Calot n'est pas réduite à néant, il faut qu'elle ait la vie dure.

Tout le monde n'est heureusement pas de l'avis de M. Ménard. Voici ce que, d'après la *France médicale*, ont dit les jeunes chirurgiens d'enfants à la Société de chirurgie :

M. *Brun.* — J'ai eu l'occasion dans un seul cas, de refaire l'expérience de M. Ménard. Chez un petit malade, qui a succombé après avoir été redressé, j'ai pu constater l'absence de lésion médullaire et aussi la vaste perte de substance des corps vertébraux. Il est certain que les résultats ne peuvent encore faire affirmer l'excellence de la méthode, mais permettent d'engager à continuer les expériences.

J'ai recherché deux petits maux de Pott récents, et j'ai obtenu facilement le redressement. Mais j'attendrai encore avant de redresser les cas anciens, vu les lésions que j'ai pu constater chez le cadavre.

M. *Michaux.* J'ai pu voir un petit malade atteint de mal de Pott depuis sept ans et courbé au point de ne pouvoir marcher que les mains appuyées sur les cuisses. Le redressement a été assez facile et le petit malade est actuellement en bonne voie.

M. *Poirier.* J'ai eu deux cas de redressement qui m'ont paru donner un résultat immédiat très satisfaisant.

Se fera-t-il des travées osseuses ultérieurement ? La vaste perte de substance devra être comblée et les pièces de M. Ménard sont peu en faveur de cette expérience. Cependant les expériences devront être continuées et, pour ma part, je dois en opérer deux dans peu de temps.

M. *Broca.* J'ai fait trois fois ce redressement, et les suites immédiates ont été satisfaisantes, sans montrer une grande gravité. D'ailleurs le rapport de M. le Dr Monod, que nous avons publié au n° 24, remet bien les choses au point.

Le traitement de la calvitie de nature bactérienne par M. le Dr Sabouraud.

Nous avons donné récemment (Semaine médicale du n° 19 du *Concours*, 1897) deux formules de pommades conseillées par M. le Dr Sabouraud, dans les cas de calvitie bactérienne.

L'une, n° 1 :

Turbith minéral...........	3 gr.
Essence de citron..........	XX gouttes.
Vaseline....................	60 gr.

est à la portée de toutes les bourses ; mais la seconde n° 2 :

Pilocarpine................	4 gr.
Quinine....................	4 gr.
Soufre précipité...........	10 gr.
Baume du Pérou..........	20 gr.
Moelle de bœuf...........	100 gr.

est d'un prix très élevé, dont il est bon d'être prévenu et de prévenir les personnes auxquelles on la prescrit, pour éviter des surprises. La pilocarpine vaut 6 à 7 francs le gramme, de telle sorte que la pommade dans laquelle elle est incorporée (n° 2) coûte de 35 à 40 francs ; c'est un prix fort élevé. Cependant, si l'on peut parvenir à recouvrer une chevelure avec ce trésor pharmaceutique, cela coûte encore moins cher, que de se payer une perruque.

Les nourrices enceintes.

L'opinion générale, qui règne en France, au sujet de la grossesse chez les nourrices, est la suivante : Quand une femme est nourrice et qu'elle devient enceinte, elle ne donne plus que du mauvais lait à son enfant ; il faut alors, si ce dernier est assez âgé, le sevrer ; s'il ne l'est pas, lui donner une autre nourrice. Frappé par l'observation de plusieurs faits en contradiction avec cette manière de voir, aussi bien que par ce qui se passe chez certaines espèces animales, M. Budin chargea un de ses élèves, M. G. Poirier, de faire des recherches à ce sujet aussi bien chez les animaux que dans l'espèce humaine.

Chez les animaux, le lait ne paraît subir d'altération que vers le moment du part. Bien plus, M. Weber, dans des recherches personnelles portant sur le lait de vaches en état de gestation, de vaches non pleines et de vache châtrées, a établi que le lait le plus riche a toujours été celui, qui était fourni par une vache pleine de six mois et même de sept. Le lait de vache châtrée venait ensuite, et le lait de la vache non pleine ne venait qu'en troisième ligne. A mesure que la vache approche du terme de la gestation, lorsqu'elle est laitière, le lait augmente en qualité et diminue en quantité.

Pour l'espèce humaine, M. Poirier relate cinquante et une observations qui peuvent être résumées ainsi : Dans 72 p. 100 des cas (37 fois sur 51) l'allaitement par une femme enceinte n'a déterminé aucun trouble dans la santé des nourrissons.

Dans 7,9 p. 100 des cas (4 sur 51) on ne peut, des observations, tirer légitimement aucune conclusion rigoureuse.

Enfin, dans 19,6 p. 100 des cas (10 sur 51) les enfants ont éprouvé des accidents qui ont forcé à les sevrer immédiatement.

Sur 51 enfants observés, un a succombé ; en admettant que ce soit par suite de l'allaitement défectueux, cela ferait une mortalité de 1,9 p. 100.

M. Poirier termine en disant : « Pour juger définitivement la question, il faudrait savoir quelle est, dans les conditions ordinaires, c'est-à-dire les nourrices n'étant pas enceintes, la proportion des cas où la femme ne peut continuer l'allaitement jusqu'au bout. »

M. Budin, se fondant en outre sur son observation personnelle, conclut que si, dans quelques cas, l'apparition d'une grossesse chez une nourrice est défavorable pour l'enfant qu'elle allaite, dans la grande majorité des faits, le nourrisson n'en souffre pas. Mais on doit toujours se demander, surtout dans les grandes villes, si la mère peut impunément faire les frais d'un allaitement et d'une grossesse simultanés.

Les crachoirs pour tuberculeux.

M. le Dr *Séailles*, de Paris, vient de faire, dans la *France Médicale*, une étude sur les crachoirs les plus pratiques pour les tuberculeux, dont nous retenons les importantes conclusions qui suivent :

1° Pour le crachoir portatif, individuel de poche, on adoptera le modèle que l'on voudra, le regardant comme impossible, à imposer, sauf de rares exceptions. Cependant pour ceux qui l'accepteront, un produit végétal comme l'ouate de tourbe, l'alfa, l'étoupe, etc., est tout indiqué, évitant ainsi le désagrément du transport des liquides dans les poches ;

2° Pour le crachoir à main, au lit du malade, chez les indigents, à l'hôpital, un instrument léger, en tôle émaillée, sera délivré gratuitement aux malheureux tuberculeux soignés à domicile avec la substance antiseptique, par l'Assistance publique aux pharmaciens des dispensaires.

Pour le crachoir du malade aisé, le vase au choix du médecin traitant, avec la même garniture si commode et si propre.

3° Pour les crachoirs stables, collectifs, dans les administrations, hôpitaux, familles, enfin, dans tous les endroits publics : crachoirs de 0,50 de longueur sur 0,25 de largeur et 0,20 de profondeur (mesures variables), montés sur trepieds de 0.80 centimètres de hauteur et isolés, garnis de ces fibres végétales antiseptiques qui seront brûlées tous les jours. Désinfection par le service d'assainissement tous les mois.

On fera ainsi de la vraie prophylaxie et une œuvre utile, car jusqu'à présent le crachoir tel qu'il est, n'a servi qu'à répandre partout les bacilles de Koch et autres microbes contenus dans les mucosités déposées dans ces meubles sales, inutiles et mal entretenus.

La photographie des os de la face par les rayons Roentgen.

M. *Anthelme Combe* a imaginé un procédé fort ingénieux pour photographier les os de la face, qui pourra rendre de grands services dans les interventions chirurgicales et permettre de diagnostiquer, dans l'épaisseur des os de la face, les odontômes, les kystes folliculaires, les anomalies de structure ou de direction des dents encore incluses dans l'épaisseur des os du maxillaire, les tumeurs du périoste ou des racines dentaires, l'état des canaux dentaires.

Le procédé consiste à prendre une pellicule photographique très souple qui a été enfermée avec soin au laboratoire dans un sac souple de caoutchouc noir pour ne laisser passer aucun rayon lumineux. Cette pellicule souple est fixée sur un palais artificiel représentant une surface résistante. Ce palais en vulcanite a été modelé exactement sur la bouche du sujet.

Cette plaque rigide très mince sur laquelle est étalée la pellicule, est placée dans la bouche et maintenue en place par le rapprochement des dents du bas, les rayons de l'ampoule sont dirigés perpendiculairement sur la région qu'on veut photographier — la pose doit être de six à huit minutes —, le tube employé est une boule bi-anodique, grand modèle, actionnée par une bobine Rumkorff de Radiguet donnant 45 centimètres d'étincelle. La distance du tube au visage du patient doit être de 45 centimètres pour éviter tout accident de la peau. (La *France médicale*).

Les épreuves obtenues par *M. Combe* représentaient, l'une, la partie antérieure du maxillaire supérieur où l'on voit très nettement les racines des incisives et des canines et où la moindre tumeur radiculaire apparaîtrait ; l'autre décelait la présence d'un tube métallique engagé dans la cavité du sinus maxillaire. Une balle ou tout autre corps métallique y apparaîtrait tout aussi nettement.

Traitement de l'eczéma par l'acide picrique.

M. le Dr *E. Gaucher* vient de communiquer à la Société Médicale des Hôpitaux, un nouveau mode de traitement de l'eczéma aigu, qui lui a paru meilleur que les moyens employés jusqu'ici.

Se fondant, d'une part, sur l'action élective de l'acide picrique sur les cellules épithéliales, et, d'autre part, sur l'efficacité de cette substance dans les brûlures superficielles, il a pensé à l'utiliser pour le traitement de l'eczéma aigu et de toutes les poussées aiguës d'eczéma.

D'ailleurs, ce procédé thérapeutique a déjà été employé avec succès par un médecin anglais, le Dr Mac Lennan (de Glascow). Comme pour les brûlures, on se sert d'une solution aqueuse d'acide picrique au centième, avec laquelle on badigeonne les surfaces malades et, par dessus, on applique une couche d'ouate ou une compresse de tarlatane imbibées de la même solution. On fait le pansement et on le laisse en place pendant deux jours. Au bout de ce temps, les phénomènes inflammatoires sont déjà très amendés ; la rougeur de la peau et le suintement ont diminué, quelquefois même disparu, l'épiderme commence à desquamer. On recommence la même application picriquée et le même pansement tous les deux jours et, au bout de peu de temps, l'inflammation aiguë est guérie. La solution d'acide picrique a un autre effet très appréciable ; elle calme rapidement les démangeaisons.

Ce mode de traitement est seulement applicable à l'eczéma vésiculeux et suintant, ou au moins rouge et humide, et n'a d'action que sur l'état aigu. Il est bien évident qu'il est insuffisant pour modifier l'épaississement et l'induration du derme dans l'eczéma chronique lichénoïde. C'est seulement à l'inflammation cutanée superficielle qu'il s'adresse et surtout aux lésions épidermiques.

On pourrait l'employer avec le même avantage dans les autres inflammations superficielles et humides de la peau, et, notamment dans toutes les formes de pemphigus.

Le Lycétol.

M. le Dr *Hamonic* signale, dans la *Revue d'Andrologie*, un nouveau médicament très remarquable, le *lycétol* ; il insiste sur la grande puissance de dissolution que possède le *lycétol*, vis-à-vis de l'acide urique et fait ressortir avec soin les propriétés diurétiques de cette substance.

L'auteur signale une série d'affections dans lesquelles il a retiré de grands avantages de l'administration du Lycétol. Ces affections sont : la gravelle urique (le Lycétol est contre-indiqué dans la gravelle phosphatique), la cystite purulente, les pyélites, la blennorrhagie aiguë et surtout le diabète, notamment celui qui reconnaît une cause arthritique. Dans ce dernier cas, dit l'auteur, le lycétol s'administre en cachets ou en paquets à dissoudre dans de l'eau de seltz ou de la limonade gazeuse ou simplement dans une eau alcaline. La dose ordinaire est d'un

gramme par jour. Mais, on a pu la porter à 2 et 3 grammes sans inconvénient.

On peut employer le lycétol effervescent, c'est-à-dire combiné aux sels susceptibles de dégager de l'acide carbonique. Cette manière est la plus simple et la meilleure.

En terminant, disons que le lycétol ne possède aucune toxicité, ne dérange en rien les fonctions générales et n'a aucun effet sur l'estomac. On peut donc en forcer la dose sans la moindre crainte.

Les extraits organiques et leurs indications.

La méthode de Brown Séquard s'est généralisée et, aujourd'hui, l'industrie a trouvé moyen de préparer des extraits de tissus sains d'animaux et de les rendre injectables par la voie hypodermique, selon la méthode du professeur Brown-Séquard.

Nous en donnons ci-dessous la nomenclature :

Liquide thyroïdien. — Myxœdème, goître, crétinisme, dermatoses, obésité, arrêts de développement.

Liquide rénal. — (Néphrine de Dieulafoy), urémie, albuminurie, maladie de Bright.

Liquide testiculaire. — DÉBILITÉ EN GÉNÉRAL, DÉBILITÉ SÉNILE. — MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX, *névroses*, paralysie agitante, chorée, *affections organiques*, ataxie locomotrice, maladie de Friedreich et affections diverses de la moelle. — DERMATOSES, AFFECTIONS RHUMATISMALES, etc.

Liquide de substance grise. — (Cérébrine de Constantin Paul), états de faiblesse par anémie générale ou locale du système nerveux central. Neurasthénie, etc.

Liquide de capsules surrénales. — (Injections addisoniennes de Huchard), maladie bronzée d'Addison, etc.

Liquide pancréatique. — Diabète maigre.

Liquide des glandes lymphatiques, de la rate et de la moelle des os.— Leucocythémie.

Liquide de la rate et de la moelle des os. — Anémie, chlorose, cachexie palustre.

Liquide musculaire. — Faiblesse musculaire indépendante d'affection nerveuse.

Suc pulmonaire. — Affections placées sous la dépendance d'altérations pulmonaires, ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, etc.

Liquide hépatique. — Ictère catarrhal grave, épistaxis dans la cirrhose, hémorrhagies diverses, diabète, etc.

Liquide ovarique. — Troubles occasionnés par la ménopause naturelle ou artificielle.

De l'adénite cervicale d'origine dentaire.

M. le Dr *Marchandé*, dentiste des hôpitaux de Paris, fait très judicieusement remarquer dans un article du *Journal des Praticiens*, que les adénites cervicales et sous-maxillaires reconnaissent souvent pour origine, des lésions dentaires.

Combien de malades, porteurs d'emplâtres enduits de pommades dites fondantes, soumis avec cela à un traitement ioduré, restent des mois sans amélioration, jusqu'à ce que l'étiologie véritable du mal ait été établie.

L'adénite d'origine dentaire est la plus fréquente, aussi est-il nécessaire de se rappeler cet aphorisme de Tillaux : toutes les fois qu'il existe un trajet fistuleux (j'ajoute des ganglions engorgés), au voisinage des mâchoires, le chirurgien doit se préoccuper d'abord, du système dentaire, qui en est presque toujours le point de départ, alors même qu'on ne trouve pas de lésions sur la partie extra-alvéolaire des dents.

Certaines dents saines en apparence peuvent produire des adénites à distance sans que, de prime abord, on puisse en déterminer exactement la cause ; et cependant, la disparition des accidents à la suite de l'avulsion de ces dents est une preuve de leur origine dentaire. Le cément, cette couche de substance osseuse recouvrant la racine et qui acquiert sa plus grande épaisseur vers le sommet de cette dernière est susceptible, sans cause bien déterminée, d'éprouver dans un point quelquefois extrêmement limité de la racine une sorte de nécrose capable d'engendrer des inflammations périphériques, même des abcès et des fistules

Les accidents d'éruption de la dent de sagesse sont trop connus pour y revenir ; à signaler toutefois, l'infection par propagation au canal dentaire récemment démontré par Moty.

Les accidents provoqués par les molaires supérieures amènent une inflammation des lymphatiques du groupe frontal venant aboutir aux ganglions parotidiens ;

Les molaires inférieures donnent naissance à des adénites sous-maxillaires, la dent de sagesse inférieure en particulier infecte les ganglions cervicaux les plus éloignés situés sous le muscle sterno-mastoïdien et peut même propager son inflammation jusqu'à la région claviculaire et thoracique.

CHIRURGIE PRATIQUE

Tuberculose articulaire.

Le bacille de Koch a une prédilection toute spéciale pour les régions de l'économie où la circulation est la plus active et nous avons vu, jusqu'à présent, que toute congestion des méninges, des os, des organes génito-urinaires, des ganglions, du péritoine, de l'intestin, congestion provoquée soit par un traumatisme, soit par le froid, soit par le travail du développement et de la croissance, constitue une sorte d'amorce, à laquelle le bacille, sans cesse latent dans l'économie, ne manque pas de prendre, pour le plus grand malheur du pauvre patient. Il en est exactement de même pour les articulations : un traumatisme tel qu'un coup, une chute, ou bien la seule suractivité circulatoire épiphysaire que provoque le développement du squelette, amène une congestion articulaire qui attire le bacille de Koch et lui offre un terrain de colonisation merveilleusement préparé : telle est, en deux lignes, toute l'étiologie de la tuberculose articulaire, qui porte encore le nom de *tumeur blanche*. Pour être complet, il faut faire entrer en ligne de compte, dans l'étiologie, la possibilité de la propagation d'un abcès migrateur tuberculeux et de son ouverture dans une articulation.

Les articulations atteintes le plus fréquemment par la tuberculose sont le *genou*, puis la *hanche*, *l'épaule*, puis le *coude*, enfin le *cou-de-pied*, le *poignet*, l'articulation complexe de l'*atlas*, de l'*axis* et de l'*occipital*, les *phalanges*.

Tel est l'ordre de fréquence des tumeurs blanches. Nous n'insisterons pas sur les lésions anatomiques; c'est toujours le follicule tuberculeux (cellule géante, cellules embryonnaires, coque fibreuse, bacilles au centre) réuni à d'autres follicules semblables, en granulations grises, disséminées ou confluentes, les dépôts caséeux qui se ramollissent et laissent à leur place des cavernes, formant des abcès, des fistules, des bourgeons fongueux, dans les villosités de chaque synoviale et dans les cartilages d'encroûtement des extrémités osseuses articulaires. Ce qui est le plus important pour nous, aujourd'hui, c'est de fouiller la symptomatologie et les indications thérapeutiques des principales tumeurs blanches (genou, hanche, épaule, coude, poignet et cou-de-pied).

I

TUBERCULOSE FÉMORO-TIBIALE.

TUMEUR BLANCHE DU GENOU.

Les symptômes précoces de la tumeur blanche du genou sont : l'impotence fonctionnelle, la *tuméfaction de la jointure sans rougeur*, ni élévation de température. Le premier signe est commun à toutes les arthrites, les deux autres sont spéciaux aux tumeurs blanches.

Généralement progressif, lent et insidieux, le début d'une tumeur blanche du genou peut être aigu et évoluer immédiatement à la suite d'un traumatisme, comme une hydarthrose ordinaire simple. Chez l'adulte, le début de la tumeur blanche du genou est souvent considéré comme un rhumatisme et plus ou moins négligé comme tel. Cependant, les douleurs persistent, malgré les applications iodées ou les bains sulfureux employés en traitement, l'articulation est raide, et la marche de plus en plus pénible, surtout la descente des marches d'escalier. Le gonflement apparaît autour de la rotule, et augmente de plus en plus. Si, à ce moment, on examine le genou, en le comparant au genou symétrique, on remarque sa tuméfaction globuleuse et, en même temps, un certain degré d'allongement du côté malade. Mais, ce qui est le plus frappant, c'est la localisation fort nette de la douleur, au niveau des points d'insertion ligamenteux, et des culs-de-sac de la synoviale, ou encore sur une extrémité épiphysaire du tibia ou du fémur.

Chez l'enfant, les signes subjectifs étant toujours insuffisants ou même trompeurs, on ne doit s'en remettre presqu'exclusivement qu'aux signes objectifs ; telle est précisément l'origine de bien des difficultés. Avant de prendre la forme globuleuse caractéristique, le genou reste, en effet, longtemps raide et douloureux, et ce n'est que par une observation attentive, que l'on parvient à se rendre compte que l'enfant souffre réellement du genou. Quand l'attention est attirée sur le genou, le diagnostic est en partie fait, car l'exploration méthodique et douce des épiphyses fémoro-tibiales, ne tarde pas à montrer l'existence de points douloureux osseux d'une sensibilité exquise, parfaitement caractéristique de tubercules osseux articulaires. Chez l'enfant, il y a rarement une monoarthrite rhumatismale ou blennorrhagique comme chez l'adulte, et toute arthrite du genou peut être, sans grande chance d'erreur, proclamée de nature bacillaire. Il existe cependant une affection, assez fréquente chez l'enfant, qui pourrait donner le change pour une tumeur blanche au début, c'est l'ostéomyélite staphylococcique. Mais cette dernière affection est toujours fébrile, et, outre de très vives douleurs, elle provoque des phénomènes généraux typhoïdes graves. Rien de pareil dans l'évolution de la tuberculose articulaire, qui est, au contraire, lente et peu bruyante.

En résumé, le début de la tumeur blanche du genou est caractérisé chez l'adulte par la déformation globuleuse, l'épanchement et la localisation douloureuse, au niveau des culs-de-sac synoviaux ; chez l'enfant, par la raideur et la douleur à la pression au niveau des plateaux du tibia ou des condyles fémoraux.

Le reste de l'évolution est le même chez l'enfant et chez l'adulte. Le genou devient de plus en plus globuleux ; la peau se marbre de veinosités puis de grosses veines bleues, elle est le siège de poussées de température passagères, qui indiquent que des accès congestifs apparaissent de temps en temps dans l'articulation. Les culs-de-sac synoviaux se gonflent et font saillie sous la peau ; les ligaments se laissent distendre, en même temps que des douleurs sourdes ou lancinantes tourmentent le malade. Pour les diminuer, celui-ci cherche une position demi-fléchie qu'il conserve volontiers à son genou, et qui prépare une attitude vicieuse angulaire permanente, entretenue par les spasmes musculaires, par les fongosités, par les destructions osseuses et par les subluxations qui en résultent. Au bout de plusieurs mois, en effet, la tumeur blanche du genou se présente avec sa forme globuleuse et sa flexion angulaire permanente caractéristique. A ce moment, la marche devient impossible et le malade est contraint de séjourner au lit ou sur une chaise longue.

La nutrition de la peau se fait mal, et contribue à en amener le dessèchement, la desquamation, l'effritement ; les muscles s'atrophient dans la jambe et dans la cuisse et bientôt une collection purulente froide se forme au niveau d'un des culs-de-sacs synoviaux ou au travers de la rotule : c'est la série des abcès, des fistules, des fongosités extérieures qui va commencer. La suppuration s'établit, les fistules sont intarissables, l'état général s'en ressent et après de longs mois de cachexie, avec inappétence, diarrhée, escharres, phénomènes pulmonaires, laryngés, ou génito-urinaires, le malade succombe avec le muguet, dans un marasme épouvantable. Telle est l'évolution possible d'une tumeur blanche du genou abandonnée à elle-même.

Dans certains cas, la transformation fibreuse peut se faire spontanément, les tubercules se crétifient et l'articulation s'ankylose en position vicieuse.

Dans d'autres, des manœuvres intempestives, des grattages d'abcès périarticulaires, amènent une infection bacillaire généralisée, une granulie méningée ou pulmonaire qui ne tarde pas à enlever le malade.

En somme, toutes ces alternatives d'évolution sont d'une gravité pronostique peu rassurante pour les malheureux, qui sont atteints de tumeur blanche du genou. Aussi ne saurait-on être trop attentif à dépister cette cruelle affection dès son

début ; il faut, en effet, être très énergique dans ses interventions thérapeutiques, si l'on veut obtenir de bons et sérieux résultats.

Traitement. — Le premier point du traitement consiste dans le choix d'une station climatérique convenable, le bord de la mer, si c'est possible, ou bien simplement la campagne, dans une bonne situation hygiénique et tempérée. Les toniques phosphatiques, arsenicaux, l'huile de foie de morue, le gaïacol, l'iodoforme sont autant de précieux adjuvants qu'il ne faut absolument pas négliger.

Comme intervention locale, la première indication à remplir est *l'immobilisation* de l'articulation du genou malade par un silicate ou par une gouttière plâtrée. Cet appareil immobilisateur doit être en même temps compressif, et, par conséquent, ouaté. Il doit être maintenu de 6 à 15 mois et surveillé tous les quinze jours, afin de le replacer ou de le reconsolider, en cas d'élargissement.

Puis, viennent les injections sclérogènes de chlorure de zinc, préconisées par Lannelongue. Le but de la méthode sclérogène, dit M. Walther dans la *Semaine médicale*, est de créer autour de l'articulation malade une véritable zone scléreuse, qui l'enserre et empêche l'extension des lésions, et, de provoquer une abondante phagocytose, les globules blancs envahissant les fongosités.

« La technique est la suivante : on se sert de la seringue de Pravaz et d'une solution de chlorure de zinc à 1 p. 10. Les piqûres sont pratiquées à 2 ou 3 centimètres les unes des autres, et chaque injection contient quatre à cinq gouttes de liquide. L'aiguille doit pénétrer perpendiculairement jusqu'à l'os. On fait tout le tour de l'articulation et l'on injecte ainsi environ 60 gouttes de liquide chez un adulte, 30 à 40 gouttes seulement chez un enfant de dix à douze ans.

« Les accidents qui peuvent être observés à la suite de ces injections sont : les *eschares*, rares et peu graves, limitées au pourtour de la piqûre. Si elles sont plus étendues, cela tient à ce que le chlorure de zinc a été injecté au-dessus de l'aponévrose, dans le tissu cellulaire sous-cutané. Les *hémorrhagies* par piqûre des petits vaisseaux s'arrêtent rapidement par la compression, mais il faut éviter de blesser les gros vaisseaux poplités. Les piqûres de nerfs peuvent engendrer la névrite interstitielle avec des troubles trophiques et de la douleur.

« Après l'opération de la méthode sclérogène, il faut immobiliser l'articulation, pendant trois à quatre semaines, dans un appareil plâtré, jusqu'à ce que les fongosités aient perdu leur consistance molle et que les phénomènes douloureux aient disparu.

« Cette méthode ne convient qu'aux tumeurs blanches au début et non lorsque l'arthrite est suppurée et qu'il existe des lésions osseuses étendues, auquel cas l'intervention chirurgicale devient néessaire. »

Quand les lésions sont plus avancées en effet, il n'y a de traitement vraiment héroïque que la *résection du genou* pratiquée bien antiseptiquement, comme nous l'avons exposé en 1894 dans ce journal même (*Concours médical*, 1894, pages 112 à 115).

Dans les cas trop graves de tuberculose du genou, quand le malade est trop affaibli, trop infecté de tubercules pulmonaires, ou quand les lésions de l'articulation ont gagné la continuité des os des membres, on ne saurait guère tenter d'aussi graves interventions. On se bornera alors à l'immobilisation, aux cautérisations ponctuées de la région, au grattage et au drainage des fongosités et des abcès, aux pansements gaïacolés et iodoformés.

(*A suivre*). Dr Paul Huguenin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Les associations commerciales de médecins et de pharmaciens.

Il nous paraît intéressant de publier la lettre ci-dessous, en la faisant suivre de la réponse qui nous a été adressée, par une personne très compétente, à laquelle nous avions demandé un avis sur ce point spécial de jurisprudence médico-pharmaceutique.

B., le 23 mai 1897.

« Monsieur le Directeur,

« Comment n'être pas frappé d'un fait en ouvrant un journal médical et en lisant la quantité d'annonces de spécialités et d'eaux minérales, qui toutes enrichissent leurs propriétaires ?

« C'est que nos ordonnances qui remuent tous les jours des capitaux considérables, apportent de l'argent dans toutes les poches excepté dans la nôtre ? Pourquoi une association comme le Concours médical qui compte plus de 4.000 membres, ne crée-t-elle pas la droguerie médicale, dont les produits garantis de premier ordre seraient ordonnés de préférence à tous les autres ?

« Les malades y gagneraient et notre association y encaisserait pour ses œuvres de mutualité des centaines de mille francs. Est-ce légal ? Certainement puisque des médecins isolés patronnent et vendent des produits exécutés d'après leur formule ? On trouverait facilement un pharmacien qui exécuterait sous la surveillance d'une Commission médicale des produits garantis par une étiquette spéciale (C. M.) et qui se contentera de 50 % des bénéfices — et versera le reste à nos œuvres de bienfaisance. — 3.000 membres à 150 ou 200 fr. d'ordonnances par an (je ne parle que des produits spécialisés, fer, quinquina, arsenic), cela fera 600.000 francs ».

Agréez, etc..

Dr C.

Réponse.

Paris, le 29 mai 1897.

Cher Docteur,

« Aucun texte, faisant partie de la loi de germinal, n'interdit ce que vous propose votre correspondant ; mais c'est absolument immoral, et voilà pourquoi, dans la nouvelle loi sur la pharmacie, il a été décidé, aussi bien par les méde-

cins que par les pharmaciens, qu'on introduirait une disposition prohibant formellement toute association et toute combinaison quelconque ayant pour effet de faire participer les médecins à la vente des médicaments.

« Il y a aujourd'hui un grand nombre de médecins, qui profitent du silence de la loi pour créer des *Instituts* ou autres *Sociétés* dans lesquelles on se livre au commerce des médicaments, sans que le Parquet puisse trouver le moyen de poursuivre d'après les textes existants.

« Mais une nouvelle jurisprudence tend à s'établir depuis un an. Le Tribunal de commerce de Nantes a été le premier à l'inaugurer ; elle consiste à considérer comme illégale toute association formée entre pharmacien et non pharmacien pour l'exploitation d'une pharmacie.

« Plus tard, le même principe a été admis par le Tribunal correctionnel de la Seine dans l'affaire de la pharmacie de la place du Havre; tout récemment, ce même principe a été affirmé par le Tribunal de commerce de Rouen, et le Tribunal de commerce de la Seine vient de frapper de nullité une Société formée entre Chanteaud (Numa) et le Dr Burggraeve. Vous trouverez même dans ce jugement des considérants qui *flétrissent* tout spécialement l'intervention d'un médecin comme associé dans l'exploitation d'un établissement destiné à la fabrication des produits pharmaceutiques. Ce dernier jugement du Tribunal de commerce de la Seine est d'autant plus topique qu'il vise une association formée non en vue de l'exploitation d'une officine ordinaire, mais en vue de la fabrication et de la vente en gros de produits pharmaceutiques. »

Veuillez agréer, etc..

Le *journal* indique, à sa publicité, une *maison de droguerie* de toute confiance, pour les médecins qui exercent légalement la pharmacie. Il ne doit pas dépasser cette indication et il n'aurait aucun motif légitime d'entrer dans la voie signalée par notre correspondant.

II

Non-incompatibilité des fonctions d'administrateur du bureau de bienfaisance, et de médecin de l'Assistance gratuite.

23 mai 1897.

Monsieur le Directeur et honoré Confrère,

« Un médecin a-t-il le droit d'être administrateur du Bureau de bienfaisance et médecin de l'Assistance médicale gratuite, alors que les malades ont le libre choix du médecin ?

La question vient de se poser à un Conseil municipal socialiste qui a émis un vœu invitant l'administration à me mettre en demeure d'opter pour l'une des deux fonctions. Il faut vous dire que j'ai été candidat, chef de liste, aux élections municipales dernières. C'est donc une rancune politique.

Au moment de l'organisation de l'Assistance médicale, j'étais allé trouver le Sous-Préfet, pour lui demander s'il n'y avait pas incompatibilité. Il m'a été répondu qu'il n'y en avait aucune.

Or, on vient d'exhumer pour les besoins de la cause, une circulaire ministérielle en date du 26 sept. 1879 et une autre en date du 14 novembre 1879 disant que, seuls, les médecins qui ne sont pas chargés du service médical des établissements charitables, peuvent être appelés à faire partie des commissions administratives.

Or, il me semble que cette incompatibilité a été abrogée par la loi municipale du 5 avril 1884 et surtout par la loi du 15 juillet 1893 et la circulaire ministérielle du 18 mai 1894. En effet, d'après ces lois, un médecin chargé du service de l'assistance peut être conseiller municipal ou même maire et par suite président de droit du Bureau de bienfaisance. Dans le cas particulier, je ne suis pas chargé du service, les malades vont trouver le médecin de leur choix.

Puis-je m'appuyer sur ces lois pour montrer l'inanité de ce vœu? Je ne me serais pas préoccupé de la chose, si le vœu n'avait pas été publié dans les journaux du parti avec la date d'une circulaire ministérielle lui donnant ainsi une prétendue légalité.

Je verrai de nouveau le Sous-Préfet ; mais la réunion de la Commission administrative du Bureau de bienfaisance a lieu à la fin de ce mois et je voudrais pouvoir apporter des textes de lois, me réservant ensuite de faire publier le compte-rendu de la séance.

Pourriez-vous, je vous prie, me répondre par lettre avant la fin de la semaine et me donner votre avis. S'il y a un texte précis réglementant la question, je vous prie de vouloir bien me l'indiquer.

Veuillez agréer, etc.

Dr V. A.

Réponse du Ministère :

Il ne saurait y avoir aucun doute sur le droit que vous avez de conserver, à la fois, les fonctions d'administrateur du Bureau de bienfaisance et de médecin de l'assistance médicale gratuite.

Les textes invoqués par vos adversaires ne peuvent prévaloir contre l'article 34 de la loi du 15 juillet 1893, qui, en parlant de rétribution sur le *Budget départemental*, des médecins de l'A. M. G. indique bien qu'il ne s'agit plus maintenant d'un service dépendant, comme autrefois, des bureaux de bienfaisance, ni, par conséquent, placé sous le coup des mêmes incompatibilités.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical des Basses-Cévennes

10 *mai* 1897

Présents : MM. Mazel, *Président*, Rocheblave *Vice-président*, Bourget, *secrétaire-trésorier*, Boutes, Ducerf, Marc, Nines, Tarrou et le Dr Paulet, de Sommières qui demande son affiliation au Syndicat.

Le président prononce quelques mots de remerciement de sa part et de la part du bureau nommé au mois d'octobre dernier.

Assistance médicale gratuite

Le président fait une communication au sujet de la nomination d'un délégué à la commission de vérification des mémoires, concernant le service d'assistance médicale.

M. Mazel émet l'avis, qu'il serait bon de dési-

gner un délégué de la région, pour faire partie de cette commission. Il croit que les médecins ont lieu d'applaudir à l'organisation du service de la médecine des indigents, car d'après le règlement du Conseil général du Gard, les prix du tarif sont suffisamment rémunérateurs et d'ordinaire plus élevés que ceux que paie la clientèle ordinaire.

Il demanderait même que les mémoires ne subissent aucune réduction; qu'en cas de fonds insuffisants, le Conseil général, dans une séance ultérieure, votât des crédits supplémentaires.

Les membres du Syndicat partagent l'opinion du président à l'égard de la nomination du délégué et M. Mazel est choisi pour cette mission.

Ordre des médecins.

Le président, demande, s'il ne serait pas bon, puisque la presse médicale agite cette question, de l'étudier d'avance afin de pouvoir se faire une opinion raisonnée.

De cette façon, le Syndicat, s'il vient à être consulté à ce sujet, pourra donner son avis motivé et en parfaite connaissance de cause.

On pourrait nommer une commission pour cet objet.

Une discussion s'engage à ce sujet, et le Syndicat décide de mettre cette question à l'ordre du jour.

Il charge MM. Ducerf et Tarrou d'examiner cet important projet et de présenter, à ce sujet, un rapport qui sera discuté dans une séance ultérieure.

Nouveau membre

M. le Dr Paulet est admis à l'unanimité.

Le Secrétaire
Dr Bourguet.

REPORTAGE MÉDICAL

L'affaire Lassalette. — Mr le Dr Lassalette vient d'être condamné, par le tribunal correctionnel de Pau, à deux mois de prison et 500 fr. d'amende, pour homicide par imprudence. Au banc des accusés était également assise une femme Franck, tireuse de cartes, qui s'est vu condamner pour exercice illégal à 500 fr. d'amende.

Au commencement du mois de mai, la femme Franck conduisait chez le Dr Lassalette la dame T..., qui était atteinte, depuis longtemps, d'une affection interne.

Deux médecins avaient déjà déclaré l'opération inutile et en tout cas périlleuse. Néanmoins, le Dr Lassalette n'hésita pas à pratiquer l'opération, quelques jours plus tard. Au bout de quinze heures, la patiente était morte. L'autopsie révélait, dans l'utérus, la présence d'une pince chirurgicale qui avait servi à pincer une artère, et tout semblait démontrer qu'aucune ligature n'avait été faite, comme l'exigeait la prudence la plus élémentaire.

Il paraît que M. le Dr Lassalette a bénéficié de circonstances atténuantes.

— *Statistiques de mortalité de l'armée d'occupation de la Cochinchine.* —M. Bonnafy, médecin en chef de la marine, a communiqué à l'Académie des sciences la statistique médicale de l'armée d'occupation de la Cochinchine de 1861 à 1888.

De 115 pour 1000, chiffre des décès dans les années de début, la mortalité est tombée à une moyenne de 16.9 pour 1000 pendant les 10 dernières années,

La mortalité de l'armée anglaise dans l'Inde est de 16.2 pour 1000.

La différence est minime.

Par contre, si la mortalité est un peu plus élevée en Cochinchine que dans l'Inde anglaise, la morbidité comparée pendant cette même période de 10 années donne des résultats qui nous sont plus favorables. Elle est de 0.907 pour 1000 en Cochinchine, et de 1,521 pour 1.000 dans l'armée anglaise de l'Inde.

— *Projet d'augmentation des cadres du corps de santé militaire.* — Nous avons tant de fois exprimé la crainte que nous inspire l'insuffisance du cadre des médecins militaires, que nous enregistrons avec étonnement cette nouvelle : « La Direction du service de santé réclame, par projet de loi, une augmentation de 40 (!!) médecins militaires. »

A qui fera-t-on croire qu'après cette mesure le service sera assuré pour le cas de la mobilisation générale ?

Il reste encore de beaux jours pour les amateurs de l'improvisation; mais aussi quelle responsabilité est la leur !

— *Hommage aux médecins.* — A la suite de propositions faites au Conseil municipal de Paris, le Préfet de la Seine a demandé à l'Académie de lui adresser des notices biographiques sur Villemin, Alphonse Guérin, et Michel Peter, qui doivent donner leurs noms à des rues de la capitale.

— *La peste à Djeddah et à Bombay.* — Le Dr Yersin vient de rentrer au Tonkin, sa mission à Bombay étant terminée. La Commission des médecins allemands, chargés de suivre sa méthode de traitement, ainsi que celle du Dr Haffkine, conclut, dans son rapport, qu'il lui est encore impossible de se prononcer sur la valeur de ces procédés.

Par une enquête sérieuse, il a été constaté que les cas de peste qui viennent d'être signalés à Djeddah, proviennent de deux bateaux anglais chargés de pèlerins musulmans de l'Inde, qui sont partis, l'un de Kuratchi, l'autre de Madras, sans que les mesures d'hygiène aient été prises au départ de ces bateaux par les autorités anglaises.

— *La loi sur les Sociétés de Secours mutuels.* — Nous donnerons prochainement connaissance de la loi enfin votée par la Chambre la semaine dernière, sur les Sociétés de Secours mutuels. Elle nous intéresse à plus d'un titre et nous ne manquerons pas de dire ce qu'elle nous apporte de bon ou de fâcheux, avant que le Sénat soit appelé à en examiner les dispositions.

Vient de paraître chez A. Maloine, Libraire-éditeur 23-25, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

La Femme aux trois grandes périodes de sa vie, puberté, union sexuelle, ménopause.

La Puberté chez la femme, étude physiologique, clinique et thérapeutique, par les docteurs Ch. Barbaud (de Luxeuil) et Ch. Lefevre.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Bonnans, de Bordeaux; Dunand, de Daveneseourt (Somme) et Blanchard, de Bologne (Haute-Marne), membres du Concours médical.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4187. — M. le docteur Roux, de Bab-el-Oued (Alger), présenté par M. le docteur Frichet, d'Alger.
N° 4188. — M. le docteur Maffré de Lastens, de Lavaur (Tarn), présenté par M. le Directeur.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 26 26 Juin 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le Conseil supérieur des Sociétés de Secours mutuels.

En vertu de l'article 34 de la loi sur les Sociétés de secours mutuels, votée la semaine dernière par la Chambre des députés, il serait institué près le Ministère de l'Intérieur, un conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels, composé de : 2 sénateurs, 2 députés, 2 conseillers d'Etat, 1 délégué du ministre de l'intérieur, 1 du ministère de l'agriculture, 1 du ministère du commerce, 1 de l'Académie des sciences morales et politiques, 1 du Conseil supérieur du travail, 2 de l'Institut des Actuaires, 2 directeurs du Ministère des finances, le directeur de la Caisse des dépôts et consignations, 1 membre de l'Académie de médecine, 1 *délégué des syndicats médicaux*, et 12 représentants des Sociétés de secours mutuels.

Ce Conseil donnerait son avis sur toutes les dispositions réglementaires ou autres, qui concernent le fonctionnement des Sociétés de secours mutuels.

Le texte primitif du projet n'accordait pas de représentant aux Syndicats médicaux : en revanche, l'Académie de médecine fournissait deux délégués.

Quelques-uns verront peut-être là, une victoire pour les Syndicats. Prestige considérable, imposante consécration officielle, hommage rendu à leurs études et à leur esprit de conciliation et de philanthropie : il faudrait être aveugle, diront-ils, pour ne pas apprécier l'importance de cette conquête.

Attendons-nous à ce que l'on nous tienne ce langage, car il en est partout, qui se contentent facilement des satisfactions platoniques.

Or, nous ne saurions ici partager cet enthousiasme. Cette nouvelle nous a causé moins de joie que d'inquiétude, et nous nous répétons, depuis ce jour, le *timeo Danaos*, avec toutes les variantes possibles, jusqu'à conclure que « Ce bloc enfariné ne nous dit rien qui vaille ».

Nous comprenions la présence de deux membres de l'Académie de médecine dans ce Grand Conseil, parce qu'on y doit faire quelquefois de la statistique des maladies (art. 36). C'était anodin.

Mais, qu'un délégué des Syndicats donne son avis sur toutes les dispositions du fonctionnement des Sociétés, cela nous rend perplexes ; car cela mènera trop loin.

Seul contre 29, que pourra faire notre représentant ? Nous le supposons éloquent, entraînant, d'une indomptable ténacité, discutant pied à pied, résolu à n'abandonner ni un pouce de notre territoire, ni une pierre de nos forteresses, qu'obtiendra-t-il ? Qu'on insère *in extenso* ses discours au procès-verbal. C'est tout.

Mais, s'il n'a pas, ce malheureux confrère, la force de se renfermer, pendant de longues années, dans son système d'obstination et d'obstruction, le voilà condamné à apposer, un jour ou l'autre, sa signature, en notre nom, au bas de capitulations partielles ou totales.

Nous étions restés libres envers la mutualité ; s'asservissait qui voulait (il n'en manquait pas) vis-à-vis de cette collectivité exigeante et dominatrice ; l'indépendance médicale, dont il est tant parlé, restait entière en principe. La signature de l'un de nous, muni de nos pouvoirs, nous livrera, pieds et poing liés, au Minotaure. Car on l'obtiendra, cette signature, par tous les moyens, dont disposent les Conseils, promesses ou menaces, ruse ou force du nombre, apparences de concessions qui en appellent de réciproques, eau bénite de cour, etc., etc...

Et nous apprendrons, un de ces matins, que notre représentant circonvenu, lassé, berné peut-être, a reconnu que le médecin, qui est pauvre, a contracté une dette perpétuelle envers la mutualité, qui est riche !

Nous aurons rivé notre chaîne minuscule, en faisant un *officiel* de plus.

Notre devoir est donc de protester contre ce genre de représentation des Syndicats médicaux dans un semblable Conseil. Nous n'y faillirons pas.

H. Jeanne.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de l'otite moyenne chronique par l'ouverture large de la caisse.

D'après M. le Dr E. J. *Moure*, de Bordeaux, toutes les fois qu'on est en présence d'une otorrhée ancienne et fétide, rebelle aux traitements ordinaires, si l'on suppose l'existence d'une lésion osseuse ou, à plus forte raison, de masses cholestéatomateuses, on ne doit pas attendre qu'une complication se produise pour opérer.

Il faut ouvrir largement l'antre, le canal tympano-mastoïdien et la caisse, et mettre ces trois parties de l'oreille en rapport direct, en supprimant toutes les portions osseuses comprises entre elles et au-dessous d'elles, de manière à faire disparaître la cause de la suppuration.

« Cette opération, conduite avec prudence, peut être considérée comme bénigne. Sur 59 opérés de ces deux dernières années, je n'ai eu aucun décès imputable à l'opération. J'ai perdu quatre malades plusieurs mois après ; l'un de péritonite tuberculeuse (enfant de cinq ans), *l'autre de tuberculose* aiguë, survenue deux mois après l'intervention. Un troisième opéré a succombé à un érysipèle infectieux. Un quatrième, diabétique est mort de méningite, quinze jours après une simple trépanation, d'une imprudence. Une fois j'ai eu des symptômes de phlébite, à la suite; mais le malade a guéri. »

Il est à peine besoin d'ajouter que, s'il existe une complication cérébrale (abcès, phlébite de sinus, etc.), l'indication d'ouvrir l'antre est encore formelle ; il sera même bon d'aller par cette voie, soit vers le crâne, soit dans le sinus, pour inspecter les régions, qui sont en rapport direct avec la caisse du tympan et avec la grande cellule mastoïdienne. Les cas d'abcès du cerveau vidés et drainés par cette voie, sont déjà très nombreux et les résultats encourageants, ce qui est d'autant plus logique que l'on agit sur le point déclive et souvent aussi sur la porte d'entrée du mal, vers l'encéphale ou ses annexes.

Pathogénie et traitement de la dermatite consécutive à la radiographie.

M. le Dr *Apostoli* a présenté, récemment, à l'Académie des sciences, une note très intéressante sur un cas grave de dermatite due à la radiographie.

Il s'agit d'un très vaste sphacèle de la paroi abdominale qui, en février dernier, mesurait encore 17,7 centimètres sur 13,6 et était consécutif à deux applications de rayons Rœntgen faites à Dublin les 22 et 28 mai 1896.

Dans la première séance, d'une durée de 40 minutes, le tube de Crookes avait été distant de 15 centimètres de la peau ; dans la seconde, d'une durée de 90 minutes, le tube avait été rapproché à 9 centimètres

Suites immédiates : Quelques nausées consécutives après chaque séance, mais sans vomissements.

Suites éloignées : Apparition, deux jours après la dernière séance, d'un érythème progressif qui a été en s'aggravant.

— Vésicules et phlyctènes consécutives avec écoulement séreux abondant.

— Formation progressive d'une eschare.

— Amélioration notable en juillet.

— Rechute, avec nouvelle mortification en août, et avec apparition de brûlure et de douleur intense au niveau de la surface mortifiée.

— Application successive de toutes les lotions, de tous les topiques, de tous les caustiques connus, en y ajoutant même la greffe épidermique et le râclage pratiqué après anesthésie, le tout avec le même insuccès constant et absolu pendant huit mois.

— Depuis la fin d'octobre 1896, l'application locale et quotidienne d'un courant d'oxygène sur la plaie, pendant 5 heures tous les jours, est le seul traitement qui paraît avoir été favorable et avoir arrêté l'agrandissement croissant de la plaie, sans toutefois la faire rétrocéder sensiblement.

Le 9 février 1897, début du traitement électrique, qui peut se résumer ainsi :

— Bains statiques quotidiens avec effluvation sur la partie malade, pendant toute la séance, d'une durée moyenne de 20 à 30 minutes.

— Fin mars, association au bain statique de l'application des courants de haute fréquence sous la forme de lit condensateur.

— Depuis avril 1897, emploi bi-hebdomadaire de bains hydro-électriques, avant le courant ondulatoire.

— Amélioration progressive depuis le début du traitement électrique et en particulier depuis l'association de l'effluvation statique aux applications polaires du courant ondulatoire.

— Détachement très lent, mais toujours progressif, de l'eschare sèche et adhérente, et réduction actuelle de plus de la moitié de la surface primitivement sphacélée.

— Le malade est aujourd'hui (juin) en pleine voie de guérison et le traitement se poursuit sans nouvel incident à signaler.

En résumé, les rayons de Rœntgen, mal appliqués, peuvent provoquer une dermatite très intense, qui est variable suivant son siège (peau, ongles, poils), et suivant l'état constitutionnel du sujet en expérience. Cette dermatite est assimilable, sous plusieurs rapports, à une brûlure électrique ordinaire et présente, comme cette dernière, les mêmes caractères généraux, *d'asepsie, d'évolution très lente* vers la réparation — *et d'intensité à peu près égale dans toute son étendue*.

Elle est toujours le résultat d'une faute opératoire commise soit, et avant tout, par le rapprochement trop grand de la peau, du tube de *Crookes*, soit par la durée trop longue d'une séance unique, soit enfin, par des séances trop multiples et trop rapprochées.

Le Dr Apostoli propose comme traitement efficace de cette dermatite rebelle, le courant électrique, qui devra comprendre les modes suivants, que l'on pourra associer, à intensité et à durée variables, suivant les indications cliniques :

a) *L'effluvation statique* simple qui, par son action directe et locale aidée de son influence générale, hâte le travail de réparation et de cicatrisation des ulcères.

b) L'application polaire d'un courant galvanique, ou mieux, d'un *courant ondulatoire*, pour accélérer la chute de l'eschare et favoriser ainsi

l'action topique et trophique ultérieure de l'effluve statique.

c) L'action générale d'un *courant de haute fréquence* (par le lit condensateur) destiné, comme l'a démontré le Professeur d'Arsonval, à relever le coefficient de la nutrition générale et à apporter à l'économie un supplément de force et de vitalité.

Le procédé de Kocher dans la réduction des luxations de l'épaule.

Nous empruntons à la *Gazette médicale du Centre*, les détails suivants que donne M. le Dr *Lapeyre* sur la réduction des luxations de l'épaule par la méthode de Kocher :

Le procédé de Kocher est le procédé de choix pour la réduction de la luxation habituelle de l'épaule, c'est-à-dire de l'antéro-interne.

Il ne peut être employé dans la luxation en bas et perd de sa quasi-infaillibilité dans la variété intra-coracoïdienne de la luxation antéro-interne.

Mais, il réussit à peu près à coup sûr, dans les variétés extra et sous-coracoïdienne, *de beaucoup les plus fréquentes*, même au bout de plusieurs jours et de plusieurs semaines.

Sa supériorité sur les autres méthodes, en dehors de cette puissante efficacité, résulte des trois qualités suivantes, qui en font le procédé de douceur par excellence :

Il n'exige aucun déploiement de force de la part de l'opérateur ;

Ne nécessite aucun aide ;

N'exerce aucune violence sur le patient pour qui la douleur de la réduction se réduit au minimum.

La façon de procéder est la suivante :

Le patient, la poitrine et les bras nus, est assis sur une chaise, de préférence sur l'extrémité même de la chaise, loin du dossier et sur le bord qui répond à l'épaule malade. (La liberté de la succession des mouvements du bras malade est ainsi assurée.)

L'opérateur s'assied sur une deuxième chaise placée perpendiculairement à la première, en regard du bras atteint.

Un aide appuie les mains sur les deux épaules du patient, ce qui fixe l'omoplate et rend la réduction plus aisée, mais n'est nullement indispensable.

Puis les quatre temps suivants, *bien espacés*, sont exécutés :

1er *temps*. — L'avant-bras est plié sur le bras à 90°.

La main gauche de l'opérateur lorsqu'il s'agit du bras droit (et inversement) appuie solidement le coude contre le tronc qu'il ne devra pas quitter.

C'est dans le maintien de cet appui, que réside la seule force à déployer, d'où l'indication de se mettre à côté du patient, ainsi que nous l'avons indiqué. Une bonne pratique, que nous recommandons, consiste à porter le coude légèrement en arrière sur la paroi latérale du tronc avant de l'y appliquer.

2e *temps*. — Le praticien, veillant toujours à maintenir le *coude au corps*, porte lentement, graduellement, la main gauche du patient en dehors dans le plan horizontal sans secousses, il doit arriver à amener l'avant-bras dans une position presque perpendiculaire en dehors, à l'axe de l'humérus.

Ce 2e temps est fondamental. Dans sa bonne exécution. « Coude au corps, main portée très loin en dehors », dépend la réduction.

3e *temps*. — Après un instant d'arrêt, le chirurgien, se levant peu à peu, pousse de sa main gauche le coude en avant, en haut, en dedans, *c'est-à-dire en ne perdant pas le contact du corps* jusque vers la ligne médiane, pendant que la droite maintient toujours l'avant-bras du patient en rotation externe.

4e *temps*. — Brusquement, l'avant-bras est porté en dedans par une rapide rotation, qui place la main du malade sur son épaule saine.

Ce 4e temps, fait brusquement, tandis que le 3e est exécuté lentement et progressivement, est dans son exécution d'importance moindre. Le plus souvent, la luxation est déjà réduite ou en voie de réduction, au moment de son accomplissement, et le mouvement se fait presque de lui-même.

Bien exécuté, c'est-à-dire en marquant bien les temps, en surveillant le 2e et le 3e, la réussite, dans un cas récent est à peu près certaine.

Un premier échec ne doit pas décourager, puisqu'aucune violence n'a été exercée ; il est facile de recommencer, en veillant à éviter les fautes de méthode que l'on a pu commettre dans la 1re tentative.

La luxation supposée réduite, le médecin vérifie si la coaptation des parties articulaires est bien certaine, puis immobilise le bras malade dans une écharpe bien fixée *par lui-même*, suivant le procédé recommandé par Tillaux.

Le malade est revu 48 heures après, l'écharpe défaite, la réalité de la réduction à nouveau vérifiée.

L'écharpe est remise en place, retirée au bout de la huitaine, et dès lors contenu dans une légère écharpe, le bras est soumis à de légères manœuvres de mobilisation et de massage.

Ces soins consécutifs sont très importants au point de vue de l'avenir fonctionnel du membre. L'atrophie du deltoïde est toujours à craindre après la luxation, et le devoir du médecin est de prévenir, autant qu'il est en son pouvoir, cette déplorable conséquence du traumatisme.

L'examen de la sensibilité de la partie externe du moignon de l'épaule permet, du reste, de prévoir cette atrophie, l'anesthésie de ce territoire impliquant une lésion du nerf circonflexe, qui innerve justement le deltoïde. Il sera donc bon de toujours pratiquer cette recherche, avant même d'exécuter le Kocher et d'avertir s'il y a lieu, le malade que la réduction de la luxation ne le garantira vraisemblablement pas d'une certaine diminution de l'activité fonctionnelle de son bras.

Le massage des fractures.

Le *Dauphiné médical* rapporte les observations et les remarques de M. le Dr Annequin sur la méthode de traitement des fractures par le massage :

Cette méthode, que M. Annequin emploie systématiquement et depuis fort longtemps dans les fractures juxta-articulaires, lui a toujours donné les meilleurs résultats, au point de vue

de la restitution des fonctions. Depuis les beaux travaux de Lucas-Championnière, sur les avantages du massage dans les fractures des diaphyses, M. Annequin a étendu son emploi à toutes les fractures sans distinction d'espèce. Les résultats sont incomparablement supérieurs à ceux que donne la simple immobilisation. La tension, le gonflement et la douleur disparaissent vite ; l'atrophie est peu marquée ; la formation du cal est hâtive ; il ne se produit ni raideur articulaire, ni impotence motrice : le jour où la tige osseuse est devenue solide, il n'est point nécessaire d'attendre pendant des semaines et des mois que les articulations et les muscles aient recouvré leur fonctionnement.

Comme exemple de ce que peuvent donner le massage et la mobilisation, M. Annequin cite deux fractures de jambe, qu'il a actuellement en traitement : l'une, simple, qui provient d'une chute dans un escalier ; l'autre compliquée de contusion, d'entorse du pied et d'épanchement de sang considérable, qui est la suite d'une chute de cheval, avec le membre pris sous le corps de l'animal. Dans le premier cas, la consolidation a été complète le quinzième jour : le malade a commencé à marcher avec des béquilles le trentième jour, et avec une canne, le trente-cinquième ; son cal est régulier et indolore : tous les mouvements sont normaux. Dans le deuxième cas, le malade a pu soulever son membre le dix-huitième jour. Le vingt-sixième, il avait recouvré tous les mouvements du genou et des orteils ; ceux du cou-de-pied étaient encore limités. A cette même date l'appareil a été supprimé, le cal étant solide et à peu près indolore à la pression.

M. Annequin suit la méthode Lucas-Championnière. Supposons le cas d'une fracture de jambe ; sa technique est la suivante : 1° Avant l'application de l'appareil, il pratique, pendant 15 à 30 minutes, sur toute l'étendue du membre, un massage superficiel et indolore, exécuté, dans le sens de la circulation de retour, avec toute la main appliquée en bracelet : ce massage se fait en évitant de passer sur le foyer de la fracture et en soutenant exactement les fragments ; le savon est excellent pour faciliter ces premières frictions. 2° Aussitôt après la séance de massage, le membre est placé dans une gouttière plâtrée, pendant une période variant de six à douze jours, en ayant soin de laisser, aux orteils, toute leur liberté de mouvements, ce qui prévient les adhérences et produit une sorte de massage profond tout autour de la fracture. 3° A dater de la levée du premier appareil, le massage est régulièrement fait chaque jour pendant 15 minutes, en associant progressivement les pressions profondes, à l'aide des pouces, aux pressions superficielles en bracelet ; à la fin de chaque séance, les articulations du genou et du cou-de-pied sont progressivement mobilisées, puis le membre est replacé dans la gouttière. 4° Vers le dix-huitième ou vingt-deuxième jour, l'appareil peut être supprimé : le massage est continué ; tous les mouvements actifs sont permis. 5° A dater du trentième jour, les essais de marche avec des béquilles peuvent être autorisés ; mais il faut de la prudence, le cal pouvant encore se tasser, ou devenir douloureux, sous la pression du poids du corps.

Au membre supérieur et dans les fractures d'un seul os de la jambe, les résultats sont encore plus encourageants. En somme, il paraît indiqué de ne plus se borner à comprimer et à immobiliser systématiquement les fractures pendant 35, 40 jours et plus, sans se préoccuper des dystrophies et des raideurs qui en résulteront et sans s'assurer si une immobilisation aussi prolongée est vraiment nécessaire. C'est faire fausse route que de traiter uniquement la lésion osseuse, qui n'est en réalité qu'un des facteurs de l'impotence fonctionnelle du membre fracturé. L'erreur est d'autant plus fâcheuse que la méthode employée a pour résultat de diminuer la circulation et la vitalité des parties et de permettre aux exsudats et aux néo-formations conjonctives d'immobiliser les articulations et les muscles.

Les appareils, on ne saurait trop le répéter, ne remplissent qu'une seule indication, celle d'éviter des déformations des membres. A tous les autres points de vue, ils sont nuisibles. On ne doit donc y recourir que dans les cas où la mobilité des fragments expose à des déviations et à des traumatismes secondaires, et il faut se hâter de les supprimer, dès que la réparation osseuse est suffisante, c'est-à-dire au bout d'un temps généralement fort court. En dehors de cette indication spéciale et essentiellement temporaire, le massage, le repos horizontal et la mobilisation passive et active des articulations et des muscles, doivent constituer la base du traitement.

Avec cette nouvelle méthode, le rôle du chirurgien sera un peu plus pénible ; mais son client bénéficiera d'une abréviation très sensible dans la durée de son impotence. Son membre sera non seulement solide, mais guéri et apte à fonctionner utilement à une époque où les appareils le lui auraient rendu solide, mais encore impropre à tout service, pendant une période fort longue.

Remarques sur le diagnostic de l'angine diphtéritique.

M. le Dr *Guillemaut* étudie, dans sa thèse, la valeur du diagnostic bactériologique de l'angine diphtéritique et arrive aux conclusions suivantes :

Si les découvertes de Lœffler, Behring et Roux ont permis d'établir la nature de la diphtérie et ont doté notre thérapeutique d'un sérum curatif, il ne faut cependant pas admettre que, dans le diagnostic de l'angine diphtérique, l'investigation bactériologique doit désormais l'emporter sur l'examen clinique.

La constatation du bacille de Lœffler, tel qu'il nous est décelé par la simple culture et les réactifs colorants, ne permet pas d'affirmer à coup sûr un processus diphtérique. Les signes cliniques de l'angine diphtérique conservent, dans la pratique, une valeur capitale et ne doivent pas être rejetés au second rang.

La présence du bacille dans les exsudats constitue une indication parfois précieuse, mais ne saurait à elle seule permettre d'établir un diagnostic absolu, puisque le bacille de Lœffler se rencontre fréquemment dans certaines angines bénignes et dans la gorge de personnes saines.

Lorsque l'angine diphtérique est bien caractérisée au point de vue clinique par l'aspect et la topographie des exsudats, ou que les symptômes constatés font craindre une extension au larynx ou une forme toxique, le diagnostic peut être posé immédiatement et l'injection peut être pratiquée sans retard, et sans qu'il soit besoin d'attendre les vingt-quatre heures nécessaires à la culture bactériologique, délai qui peut compromettre sérieusement le pronostic.

D'autre part, le bacille de Lœffler, signalé dans les angines suspectes, sans fausses membranes, doit exciter la vigilance du clinicien et lui faire surveiller de près le malade : mais l'examen bactériologique ne peut, à lui seul, commander immédiatement l'injection d'un agent thérapeutique, qui doit être manié avec une certaine prudence.

En résumé, l'importance du diagnostic clinique de l'angine diphtérique s'impose : actuellement l'investigation bactériologique n'est pas à elle seule suffisante pour donner un diagnostic et un pronostic exacts. Si la présence du bacille coïncide avec les manifestations de la maladie, elle corrobore le diagnostic ; si ces dernières manquent, on pourra supposer que l'on se trouve en présence d'un bacille non virulent ou d'un pseudo-bacille. Dans la plupart des cas, l'observation clinique reste, en conséquence, le guide le plus sûr, pour fixer les indications thérapeutiques.

Avantages et inconvénients de la bicyclette.

Dans une récente discussion de la Société médicale des hôpitaux sur les dangers et les avantages de la bicyclette, voici ce qui a été dit, en substance, d'après la *Gazette des hôpitaux* :

La bicyclette peut être montée par des personnes saines ou par des malades.

Pour les personnes saines, on recherchera, comme pour tous les exercices physiques, l'entraînement progressif et on évitera l'abus, le surmenage. Il faut arriver progressivement à augmenter l'endurance des cyclistes, mais ils ne doivent jamais dépasser les limites de leur résistance.

Pour les personnes malades, il faut être d'une prudence extrême, lorsque l'appareil circulatoire et l'appareil respiratoire se trouvent compromis d'une façon sérieuse. La bicyclette a été quelquefois ordonnée, au même titre que la cure de montagne, aux malades atteints de maladies du cœur ou des vaisseaux. Il est beaucoup plus prudent de leur déconseiller cet exercice.

Beaucoup de cardiaques se sont mal trouvés de la bicyclette, et M. L.-H. Petit a pu relever huit cas de mort chez des malades de ce genre. Il est vrai que, dans quelques-uns de ces cas, il paraît y avoir eu une simple coïncidence : il ne faut pas conclure *post hoc, ergo propter hoc*.

Chez un certain nombre de personnes, une affection latente du cœur ou des vaisseaux s'est trouvée révélée par le fait d'une course à bicyclette trop longue ou trop rapide, ou encore de la montée d'une côte. Il en résulte qu'avant de s'abandonner aux délices de la pédale, il convient de s'assurer qu'on ne présente aucune tare cardio-pulmonaire qui s'y oppose. Autre conclusion non moins rationnelle : les cyclistes qui ont dépassé quarante ans, feront bien d'être particulièrement prudents et d'éviter de surmener leur cœur.

M. Faisans déconseille complètement la bicyclette aux tuberculeux ; la raison qu'il en donne, c'est que ces malades n'ont déjà que trop tendance à avoir de la tachycardie ; or, l'exercice du cycle amène une accélération énorme de la fréquence du pouls, qui atteint souvent 200 pulsations et même plus, après une course un peu longue ou un peu pénible.

On interdira aussi la bicyclette aux convalescents d'une maladie fébrile aiguë, surtout si elle a été de longue durée, et aux obèses, lorsqu'on soupçonnera la dégénérescence du myocarde, etc.

Les maladies nerveuses, la neurasthénie en première ligne, bénéficient souvent de la bicyclette. Les hypochondriaques y trouvent une occasion d'oublier leurs phobies.

En somme, le cycle peut être un instrument de production des maladies ; il serait beaucoup plus souvent encore un instrument de révélation et d'aggravation d'une tare morbide antérieure ; il représente, pour les individus sains, un excellent instrument de gymnastique et d'entraînement.

Le danger de son emploi résulte surtout de l'attrait que présente cet exercice, de l'entraînement et de la griserie qui s'empare de ses adeptes. Ils veulent aller toujours plus loin, toujours plus vite ; ils sont pris de vertige, leur cerveau s'obnubile, en quelque sorte et ils arrivent facilement à dépasser le degré de fatigue que, normalement, ils n'auraient pas dû atteindre. Il y a là un facteur psychologique, comme le dit M. Le Gendre, que doivent connaître les médecins appelés tous les jours à donner des conseils aux cyclistes.

Appendicite et annexite.

Tout en ce moment est à l'appendicite, et il est probable que ce pauvre petit vermiceau cœcal ne se doutait guère qu'un jour, les « grands médecins » !!! lui attribueraient une si grande importance.

C'est cette mode nouvelle de l'appendicite qui est la cause de plusieurs erreurs de diagnostic, en présence de cas d'annexite non équivoques.

Bien que la chose paraisse singulière, il est possible de confondre les suppurations d'origine cœcale avec les suppurations péri-utérines d'origine génitale.

Il y a quelques années, le pyo-salpinx avait remplacé toutes les autres variétés d'inflammations pelviennes ; aujourd'hui l'appendicite accapare l'attention des médecins.

M. Budin fait observer qu'il y a des caractères différentiels permettant d'éviter les causes d'erreur : le siège de la tumeur n'est pas le même, celui de la douleur non plus. En cas d'appendicite, on ne trouve rien dans le cul-de-sac vaginal, la tumeur n'est pas au contact de l'utérus, on peut percevoir les annexes, qui ne sont pas augmentées de volume.

M. Doléris : Le phlegmon intestinal est élevé, les annexes enflammées tendent à descendre vers le fond du bassin. L'annexite est précédée d'une inflammation puerpérale ou gonococcique.

M. Lucas-Championnière trouve que l'on exa-

gère le rôle de l'appendicite dans la pathologie intestinale et cite un certain nombre d'erreurs de diagnostic, commises, du reste, par des médecins de très bon esprit et de très bonne foi. Il en cite quelques-unes, parmi les plus caractéristiques et qui ne se rapportaient pas à des *diagnostics faits en l'air*, mais à des cas dans lesquels l'opération n'a été *différée ou modifiée qu'en dehors de la volonté nettement exprimée* de ceux qui avaient fait le diagnostic ou s'étaient préparés à faire l'opération.

Dans deux cas, il s'agissait d'ovario-salpingite. Les annexes furent enlevées par la laparotomie et il fut facile de constater que l'appendice n'avait jamais présenté aucune altération. Les malades guérirent et restèrent guéries.

Dans un cas, il y avait un déplacement du rein droit. La néphrorraphie fut faite et la malade est guérie de tous ses accidents.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une tuberculose abdominale, qui évolua assez vite et on put constater, à l'autopsie, que du côté du cœcum et de l'appendice, il n'existait aucune lésion.

Le salicylate de mercure.

D'après M. le Dr *Achille Boury*, de Paris, le salicylate de mercure, en suspension dans l'huile de vaseline (proportion de 4 pour 30), peut s'employer en injections intra-musculaires à la dose de 0,06 centigrammes deux fois par semaine, avec des résultats thérapeutiques satisfaisants, puisque les accidents primitifs cèdent à une moyenne de 3 piqûres, c'est-à-dire à un traitement de 8 jours, les accidents secondaires, à une moyenne de 6 à 7, correspondant à 20 ou 22 jours ; les accidents tertiaires, à une moyenne de 8 à 9, demandant 26 à 28 jours.

L'injection doit être faite dans une région spéciale, non pas celle de Smirnoff (fossette verticale rétro-trochantérienne, le sujet étant debout), mais, en un point correspondant à la partie la plus convexe de la fesse à l'union d'une ligne verticale passant à 4 ou 5 centimètres de la ligne médiane et d'une horizontale menée par la base du grand trochanter.

Les inconvénients de la méthode hypodermique sont nuls avec le salicylate, car, sur 507 injections pratiquées sur 71 sujets, M. Boury n'a eu de douleur appréciable que dans un tiers des cas, pas de nodules chez 69 malades, pas d'infiltrations, pas de stomatite, pas de diarrhée, toutes considérations qui doivent faire préférer le salicylate au calomel, car celui-ci, s'il n'est pas toujours le point de départ de suppurations, est constamment le siège d'une douleur éloignée, très intense, accompagnée d'infiltrats qui envahissent toute la région fessière, indice d'une réaction puissante, absolument absente avec le salicylate.

L'effet thérapeutique, qu'on trouve supérieur avec le calomel, ne tient peut-être simplement qu'à la proportion de métal qui dans ce sel atteint 85 %, tandis qu'elle n'est que de 59,16 dans le salicylate. Si donc, des observations nouvelles, faites avec une dose équivalente de salicylate, viennent démontrer la justesse de cette hypothèse, le calomel n'aura plus de raison d'être employé, puisqu'à la valeur curative le salicylate joindra l'absence de réaction locale.

En effet, le salicylate ne s'accompagne, en injections, que d'une douleur prochaine d'une durée moyenne de 12 heures et d'une intensité moyenne très légère, la douleur des jours suivants étant absolument absente.

Le salicylate présente donc un ensemble de qualités, qui le rendent précieux pour la thérapeutique intramusculaire : il est à désirer que des observations plus nombreuses viennent s'ajouter à celles de M. Boury, pour en étendre l'usage en France.

Le mal de Montagne.

De nombreuses observations et expériences, M. le Dr *Rosanoff*, de Paris, déduit les conclusions suivantes sur la nature du mal de montagne :

Le mal de montagne est le nom donné à cette série d'accidents qui frappent les ascensionnistes qui s'élèvent au-dessus de 3,000 mètres d'altitude ;

Le mal de montagne ne se montre pas comme affectant plus particulièrement un système, il affecte la circulation, la respiration et en même temps le système nerveux ;

Il prend naissance à des altitudes diverses, suivant les sujets ;

Pour un même sujet, l'état météorologique influe probablement par l'état hygrométrique de l'atmosphère ;

Les symptômes sont, au début : sensations de fatigue, violence des battements du cœur, respiration courte, dégoût de nourriture, puis, plus tard, bourdonnements d'oreilles, angoisse respiratoire, nausées et vomissements, enfin diarrhée, hémorrhagies par les muqueuses, syncope ;

La fatigue hâte son apparition ;

La déshydratation agit dans le même sens, en diminuant la résistance à l'asphyxie ;

Sa cause semble être, en outre de la diminution de la pression, les stases sanguines indiquées par Kronecker, l'anoxhémie due à la diminution de pression de l'oxygène et enfin à l'accumulation d'acide lactique, carbonique, créatine, créatinine, etc., etc., sous l'influence de la fatigue.

CHIRURGIE PRATIQUE

Tuberculose articulaire.

(Suite et fin)

(Voir le n° 25)

II

LA COXOTUBERCULOSE.

La tuberculose de la hanche intéresse généralement la tête du fémur, le col et la cavité cotyloïde. Même étiologie, même anatomie pathologique que pour la tuberculose fémoro-tibiale; toutefois, la tumeur blanche de la hanche paraît être plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte ; elle est aussi plus souvent constatée chez les filles que chez les garçons. Quant aux lésions, elles consistent en caséification, puis fonte, destruction et perforation du cotyle, de la capsule coxo-fémorale, des gaines musculaires fessières et crurales. Les abcès descendent le plus sou-

vent dans la fesse ou dans le creux poplité ; quelquefois, ils passent dans le bassin, par la perforation cotyloïdienne. Les complications sont dues à l'infection bacillaire ou à la cachexie de suppuration (eschares, dégénérescence amyloïde, marasme, collapsus).

Les symptômes du début de la coxotuberculose sont parfois très insidieux, presqu'inappréciables. Voici le tableau qu'en donne M. *Alexandroff* dans la *Dietskaja Medizina* :

La douleur est insignifiante, à tel point que le malade ne s'en rend pas compte, mais l'enfant commence à ménager instinctivement le membre atteint, d'où une légère claudication, dont la véritable cause échappe le plus souvent. Plus tard, des douleurs surviennent, non pas dans l'articulation coxofémorale, mais au niveau du genou. A l'examen du genou, rien d'anormal et, à cette époque, les lésions de l'articulation coxofémorale peuvent avoir atteint, déjà, un degré considérable. C'est pourquoi on doit toujours, quand on se trouve en présence d'un enfant se plaignant de douleurs au genou, faire un examen attentif de l'articulation coxofémorale. La douleur présente un autre caractère spécial : la nuit, au milieu du sommeil, l'enfant se réveille brusquement, crie et se plaint de douleurs au genou ou de douleurs vagues. Ces réveils brusques se répètent plusieurs fois par semaine. En même temps, apparaît une certaine gêne dans les mouvements du membre malade, qui est surtout manifeste dans la flexion, l'extension, et l'abduction excessives de la cuisse.

Plus tard, surviennent des modifications dans la position du membre, suite d'une gêne plus forte des mouvements ; le plus souvent on observe la position en flexion du membre atteint. Les modifications locales de l'articulation sont tout à fait insignifiantes. Au début de la coxalgie : la tuméfaction peut faire complètement défaut, le pli interfessier peut être seul légèrement effacé. Mais à mesure que la maladie progresse, la tuméfaction de la région, principalement au niveau du grand trochanter, devient de plus en plus apparente. La douleur à la pression est peu prononcée au début.

Tous ces signes précoces permettent déjà de soupçonner et même d'affirmer la coxalgie au début, mais ils ne fournissent aucune indication quant à la nature des lésions. Le seul signe certain de la coxalgie tuberculeuse, est fourni par les désordres de nutrition du membre malade. Les muscles, comme le squelette, subissent une dégénérescence graisseuse particulière. Les os notamment deviennent très fragiles, ils se laissent entamer facilement au bistouri, et souvent se fracturent à l'occasion du plus petit effort. Cette atrophie n'atteint pas seulement la cuisse, mais se propage encore à la jambe et au pied, qui subissent un arrêt de développement.

Un phénomène inverse, c'est-à-dire l'hypertrophie, s'observe dans le tissu cellulaire et graisseux sous-cutané, qui augmente de volume. L'auteur a le premier constaté ce phénomène hypertrophique en 1889, et, depuis cette époque, il s'est imposé la règle de mesurer les membres chaque fois qu'il soupçonne une lésion tuberculeuse de l'articulation coxo fémorale. Ces mensurations l'ont conduit à cette constatation que *l'hypertrophie du tissu graisseux sous-cutané est un phénomène constant dans la tuberculose coxo-fémorale et en plus, très précoce.* L'auteur a imaginé, pour faire ces mensurations, une sorte de compas, comparable au compas de Weber.

Dans les coxalgies anciennes et très intenses, l'hypertrophie de la couche graisseuse s'observe dans toute la longueur du membre, jusques et y compris le dos du pied.

Quand la maladie est entièrement déclarée, les signes les plus caractéristiques sont : la *flexion de la cuisse sur le bassin, l'abduction et la rotation en dehors, l'allongement apparent, l'ensellure lombaire, la douleur* aux trois points d'élection : en dehors de l'artère, en arrière du grand trochanter, et en dedans du droit interne, vers le petit trochanter. Tous les mouvements de l'articulation sont empêchés par la contracture, et notamment le mouvement d'abduction (Verneuil). Le toucher rectal révèle une douleur au niveau du fond du cotyle (Cazin). La terminaison de la coxotuberculose se fait, soit par ankylose avec raccourcissement de la jambe de 2 à 6 cm., soit par suppuration, cachexie, tuberculose pulmonaire et mort.

Il arrive souvent que les attitudes du membre malade se modifient, après être restées telles que nous venons de les décrire plus haut. La cuisse reste fléchie sur le bassin, mais avec *rotation en dedans* et *adduction* ; l'épine iliaque antéro-supérieure s'élève et le membre semble *raccourci*.

En même temps, évoluent les abcès migrateurs, qui suivent la gaine des vaisseaux fémoraux ou fusent à travers la grande échancrure sciatique, ou perforent le cotyle vers le bassin. Nous n'insistons pas sur leur évolution.

Au point de vue du diagnostic, la coxotuberculose présente de nombreuses difficultés. La *sacro-coxalgie* ou arthrite tuberculeuse de l'articulation sacro-iliaque, présente une localisation de la douleur au niveau du sacrum, et une liberté presque complète des mouvements de la hanche, surtout pendant l'anesthésie chloroformique. L'*ostéomyélite* des adolescents ne peut guère se reconnaître qu'à sa marche aiguë et à ses symptômes généraux typhoïdes. *L'ostéite* de l'os iliaque est généralement localisée à la crête ou au pubis, et les mouvements articulaires ne sont pas entravés. Enfin la *coxalgie hystérique*, simulant tous les signes de la *coxotuberculose*, ne se reconnaîtra que par l'examen sous le chloroforme, en anesthésie complète. La périarthrite coxofémorale de Duplay, qui a pour siège la bourse séreuse située à la face postérieure du grand trochanter, donnant lieu à la plupart des signes de la coxotuberculose, n'est guère reconnaissable qu'à la constatation, sous le chloroforme, de l'intégrité des mouvements de l'articulation.

TRAITEMENT. Voici comment le Dr *Kirmisson*, de Paris, comprend le traitement de la coxotuberculose :

« La méthode conservatrice paraît bien supérieure à la méthode des résections et des évidements.

« On a reproché à la méthode conservatrice la longue durée du traitement. Chez les enfants l'immobilisation est beaucoup mieux supportée que chez les adultes. Aussi est-ce à cette méthode qu'il faut recourir pour eux.

« On peut examiner ce traitement aux trois

phases de la coxalgie ; sans abcès et avec lésions osseuses et fistules.

« Au début, c'est à l'immobilisation et à l'extension continue qu'il faut s'adresser. Toutefois je crois qu'il faut immobiliser les membres dans une situation moyenne d'abduction de façon à établir le contact intime entre la tête et le cotyle. »

M. *Broca*, M. *Brun*, M. *Quénu* recommandent le redressement forcé, sous le chloroforme et l'application de l'extension continue par l'appareil Lannelongue.

« Quand le redressement ne peut pas être obtenu par l'extension, à cause de l'ankylose, et des rétractions, ajoute M. *Kirmisson*, je suis partisan des sections musculaires, fibreuses qui rendent le redressement facile, et les accidents d'infection secondaire moins fréquents. Après ces petites opérations, je pratique l'extension continue, et si cela ne réussit pas, c'est à la section sous-trochantérienne que j'ai recours.

« Dans la coxalgie avec abcès, M. Ménard préconise la ponction et les injections de naphtol camphré. Il parle de 8 à 10 injections renouvelées tous les 8 ou 15 jours. Je suis resté fidèle aux Injections d'éther iodoformé. L'éther paraît mieux pénétrer que la glycérine ou que le naphtol ; j'ai fait un nombre considérable de ces injections, j'en fais une, deux, rarement trois ; c'est au bout de 3 ou 4 semaines que je les renouvelle. Il est un fait qu'il faut préciser à ce propos. Il n'est pas nécessaire, pour obtenir un complet succès, d'évacuer la dernière goutte du liquide ; il peut en rester sous forme de sérosité visqueuse, qui se résorbe peu à peu, avec le temps.

« M. Ménard propose des résections économiques et poursuit toutes les fongosités tuberculeuses, employant le mot de curettage intégral. On est même conduit à des opérations très importantes qui peuvent cependant être suivies de récidives. Je pense que des opérations économiques peuvent être suivies des meilleurs résultats. »

En ce qui concerne l'aggravation de l'état des tuberculeux par les interventions (redressement brusque, curettage, etc.), les statistiques de Lannelongue, Reclus, Cazin, semblent prouver qu'il y a là une erreur dont on ne doit plus tenir compte aujourd'hui.

Voici, d'ailleurs, en résumé, d'après M. le Dr E. Périer, dans la *Médecine infantile*, quelles doivent être les principales lignes de conduite, en présence des différents cas de coxotuberculose :

A. La coxotuberculose est au début ou à la première période :

1° Immobiliser l'enfant, et le soumettre à l'extension continue, soit dans la gouttière de Bonnet, soit dans un appareil plus simple, comme celui de Lannelongue. Ce dernier appareil se compose d'un matelas de crin, de 8 à 10 centimètres d'épaisseur, supporté par une planche solide et proportionnée à la taille du sujet ; d'une large ceinture thoracique bouclée en avant et d'une autre ceinture ou bandage de corps en tissu souple de coutil ou de toile. A la première ceinture s'attachent en arrière deux lacs assez longs pour être passés autour de deux tringles qui les tendent et sont situées, l'une au bord supérieur de la planche, l'autre à son bord inférieur. Ces lacs sont serrés à volonté au moyen de boucles. Au mollet est fixée l'anse de toile pour la traction par un poids.

2° Faire vivre au grand air du dehors, l'enfant installé dans la voiture d'osier appropriée à son appareil, et ouvrir les fenêtres de sa chambre, quand la sortie n'est pas possible.

3° Alimentation réparatrice à base de laitage, œufs, poissons, viandes, légumes azotés riches en phosphates, tels que haricots, lentilles, etc.

4° Attendre ainsi la disparition des symptômes qui, sauf l'atrophie, s'amendent peu à peu.

5° La guérison paraissant complète, masser et électriser la jambe, qui a été immobilisée, n'autoriser le mouvement et la marche qu'avec la plus extrême prudence, en employant des béquilles pour les premiers temps et en surélevant le pied de la jambe saine à l'aide de semelles de liège. Plus tard une canne remplacera les béquilles et enfin l'enfant marchera comme tout le monde.

6° Le retour des symptômes disparus, impose la reprise de l'immobilisation et même de l'extension continue.

Si on permet trop tôt la marche et le retour à la vie ordinaire, tout est bientôt remis en question et on doit recommencer le traitement sur de nouveaux frais. Ce n'est plus alors un an ou dix-huit mois, que durera le repos, mais deux ans, trois ans et plus.

Quand la maladie en est à la période des attitudes vicieuses, rotation et abduction, par exemple, il faut :

1° Coucher l'enfant et l'immobiliser dans l'extension continue.

2° Si on n'obtient pas le redressement progressif de l'attitude vicieuse par le repos et l'extension continue, faire alors sous le chloroforme le redressement dit *brusque*, qui se fait lentement, progressivement, et mettre les membres dans un appareil plâtré appliqué avec soin.

3° Quand l'appareil plâtré pourra être supprimé, reprendre l'extension continue.

4° Même traitement hygiénique que précédemment.

5° Quand depuis plusieurs semaines la jointure est sèche, sans empâtement péri-articulaire, indolente spontanément ou à la pression, sans contracture ; en un mot, quand il n'y a plus rien de la maladie — on supprimera l'extension continue et le petit malade sera simplement gardé au lit, étendu.

6° Après 3 ou 4 semaines, on permettra la marche avec une extrême prudence et après avoir immobilisé la hanche dans un appareil plâtré qui sera fendu et rendu amovible à l'aide de lanières de cuirs munies de crochets ou œillets et d'un lacet. Des béquilles seront alors indispensables et pour reposer encore la jambe malade on devra encore mettre sous la chaussure, du côté sain, une semelle épaisse permettant à l'autre d'être suspendue et de faire extension par son propre poids. Plus tard, les béquilles seront remplacées par une canne et la marche normale.

Quand il y a coxotuberculose avec abcès, il faut toujours appliquer l'immobilisation prolongée et l'extension continue ; puis, si l'abcès ne se résorbe pas au bout de 15 à 20 jours, faire le traitement des abcès froids : évacuation par ponction, suivie d'une injection d'éther iodo-

formé ou de naphtol camphré, ou bien, incision franche, grattage et drainage.

S'il y a de nombreuses fistules, de la fièvre, des foyers multiples, s'il y a luxation pathologique, il faut pratiquer la résection de la hanche.

De même, l'*ankylose en position vicieuse* (flexion, abduction et rotation en dedans) sera traitée par l'ostéotomie, soit sur le col, soit en dedans du grand trochanter.

III

ARTICULATIONS DE L'ÉPAULE, DU COUDE, DU POIGNET ET DU COU-DE-PIED.

La tuberculose des articulations de l'épaule, du coude, du poignet et du cou-de-pied a une évolution analogue à celle du genou. Nous ne reproduirons donc pas cette partie commune à toutes les tuberculoses articulaires et nous nous bornerons à insister sur la nécessité du traitement par l'immobilisation, les pointes de feu, les injections profondes de chlorure de zinc, le grattage des fistules, l'extirpation des os malades, enfin la résection suivie d'une immobilisation prolongée et d'un traitement général tonique, dans une station maritime.

Dr Paul Huguenin.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

De la conservation et du transport du lait et de la crème

Par les Nouveaux Procédés F. Casse.

Jusqu'à ce jour, le lait — cet élément si important de l'alimentation — a toujours échappé à la loi commune qui régit l'approvisionnement et la vente de toutes les denrées.

Et la cause principale de ce fait est bien facile à déterminer. En effet, tandis que tous les produits alimentaires peuvent être conservés et emmagasinés, de façon à être livrés à la consommation au moment voulu, le lait, jusqu'ici, n'a pu être traité de la même façon, et ce, pour une raison connue de tous : l'impossibilité de le conserver sans altération plus de quelques jours, et parfois — lors des grandes chaleurs — plus de quelques heures.

De là, lorsqu'il s'agit des quantités considérables qu'absorbent les grandes villes, deux inconvénients également déplorables : la cherté et la fraude sur la qualité.

En ce qui concerne la cherté du lait vendu dans les grandes villes, nous relèverons encore deux facteurs principaux : d'abord l'écart considérable existant *obligatoirement* entre le prix de revient et le prix de vente, par suite des pertes auxquelles ce dernier doit pallier ; ensuite l'impossibilité de transporter le lait à des distances excédant un périmètre de..... autour du lieu de production.

Pour la fraude nous n'avons pas à rappeler les trop nombreux inconvénients — pour ne pas parler des dangers — qu'a fréquemment entraînés la consommation du lait falsifié, coupé, « travaillé » par des négociants peu scrupuleux, plus soigneux de leurs intérêts que de la Santé publique.

Si donc, grâce à l'application d'un procédé sérieux, on pouvait obtenir la conservation à long terme et le transport à grande distance du lait, il est incontestable que ce procédé donnerait lieu à trois avantages considérables :

Ou, en conservant les bénéfices actuels, la vente à plus bas prix ;

Ou, en conservant les prix actuels, des bénéfices beaucoup plus considérables ;

Et, enfin, dans les deux cas, la possibilité de faire concourir effectivement et utilement les producteurs grands et petits à l'alimentation générale, assurée désormais par la centralisation de tout le lait d'une contrée devenu facilement transportable.

C'est précisément ce procédé qu'a trouvé un ingénieur agronome danois, M. F. Casse, après de longues et patientes recherches, et c'est de ce procédé que nous voulons succinctement donner une description et indiquer les résultats.

Disons tout d'abord que, en excluant radicalement l'intervention de tout agent chimique même inoffensif, la méthode Casse repose sur l'application d'une opération physique qui ne modifie absolument en rien la saveur ni l'arome du lait frais.

Voici donc comment le lait est traité, de façon à conserver toutes ses qualités et à pouvoir être transporté aussi loin que besoin sans aucune altération.

Aussitôt après la traite, un quart environ du lait à transporter est gelé en blocs de 10 à 15 kilogs. Ces blocs sont ensuite jetés dans des réservoirs d'une capacité de 500 litres que l'on achève de remplir avec du lait ordinaire, n'ayant subi aucun traitement, et que l'on ferme au moyen de couvercles, cette fermeture n'ayant d'ailleurs pas besoin d'être hermétique, en raison même de l'innocuité des germes que pourrait apporter l'atmosphère sur du lait congelé. Le lait gelé — en raison de son plus petit poids spécifique — flotte toujours à la surface et, vu sa friabilité, ne tarde pas à former une masse granulée, mêlée de morceaux plus ou moins gros, qui recouvre toute la surface du récipient. D'autre part, le dégel continu de quelques parcelles suffit à maintenir dans les réservoirs une circulation qui empêche la crème de se séparer de la masse et permet de livrer au bout de 15 ou 20 jours du lait parfaitement homogène et absolument semblable à ce qu'il était au moment même de la traite.

Ainsi préparé, le lait est conservé dans des magasins frais et isolés, jusqu'au moment de son transport au lieu de consommation. Ce transport s'effectue soit dans des wagons spéciaux, soit tout simplement dans des wagons ordinaires, que l'on prend seulement la précaution de garnir de paille ou de tout autre isolant pendant les périodes très chaudes.

Arrivé au lieu de consommation, le lait extrait des wagons, est emmagasiné dans des salles isolées où il peut séjourner pendant plusieurs semaines sans inconvénient, et d'où on le tire au fur et à mesure des besoins ; le contenu de chaque réservoir est alors vidé dans des cuves rondes en tôle d'acier étamé renfermant un serpentin en cuivre également étamé. Le lait entoure de toutes parts le serpentin qui est toujours parcouru par un courant d'eau tiède, et dégèle ainsi d'une façon lente et continue.

Il est, dès lors, revenu à son état primitif et prêt à être livré à la consommation, soit tel

qu'il est, soit préalablement écrémé, au cas où l'on veut séparer la crème pour la vendre séparément ou la transformer en beurre, opération tout aussi facile et donnant d'aussi bons résultats que lorsqu'elle se pratique dès la traite.

Nous ajouterons que M. Casse a également envisagé et résolu le problème de la conservation et du transport de la crème seule, par l'emploi de récipients à doubles parois, dont l'espace annulaire rempli d'eau congelée suffit à maintenir à 0° la crème, qui se conserve ainsi très bien, alors qu'elle ne supporterait pas d'être elle-même congelée.

Disons enfin que les frais de congélation, dégel, manutention et mise en récipient ne dépassent pas 0 fr. 011 par litre traité.

La première application des procédés Casse a été faite à Copenhague par la *Société danoise de conservation de lait*, et les résultats atteints ont dépassé les espérances les plus optimistes, à ce point que — fondée depuis un an à peine — l'usine de la Société a déjà dû être agrandie ; elle traite aujourd'hui 20.000 à 25.000 litres par jour et ne suffit même pas à satisfaire aux demandes de la consommation locale.

Ce fait est d'autant plus remarquable qu'en Danemark le prix du lait ne varie que fort peu de la campagne aux environs des villes, en raison de la grande réputation dont jouissent sur tous les marchés du monde les beurres danois.

Si donc, dans une ville relativement peu importante comme Copenhague, la Société est arrivée avec des écarts de prix très faibles à réaliser des bénéfices importants, à quels résultats ne serait-on pas en droit de s'attendre dans des pays comptant nombre de grandes villes très peuplées ?

Remarquons en passant que toutes les fermes ou vacheries qui fournissent le lait à la Société sont soumises à une rigoureuse surveillance sanitaire.

Enfin, une partie de l'usine de la Société danoise est exclusivement réservée à la congélation de la crème qui, en raison de son invariable fraîcheur, a trouvé une grande faveur, tant auprès du public que des pâtissiers confiseurs.

En résumé, l'application en France des procédés Casse — qui viennent d'être adoptés en Angleterre — entraînerait les principaux avantages suivants :

1° Les éleveurs et producteurs de lait, actuellement dans l'impossibilité de livrer à Paris d'où ils sont trop éloignés, pourront désormais concourir à l'alimentation de la capitale — et ainsi tirer un meilleur parti de leur lait.

2° Diminution des frais de transport du lait, devenu une marchandise pouvant voyager en petite vitesse.

3° Possibilité pour les détaillants de se fournir à tout moment — et au fur et à mesure de leurs besoins — dans les grands entrepôts installés à Paris, tout en évitant ainsi des pertes, parfois considérables, ou le recours à des moyens de conservation dangereux.

D'où il résulte que le consommateur aura, à tout instant, un lait frais, agréable et n'ayant subi aucune préparation au détriment de ses qualités ou de sa saveur.

DAVIDSEN, Ingénieur,
Paris, Avril 1897. 118, rue Lafayette.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'assistance médicale gratuite dans le Loiret en 1896.

L'intérêt qu'ont pris un certain nombre de mes confrères à l'article que j'avais publié, l'an dernier, sur les résultats donnés par le service de l'Assistance médicale gratuite dans le Loiret en 1895, me détermine à donner les résultats de l'année 1896.

Sur les 349 communes que compte le département, 9 seulement sont restées au dehors, savoir : 5 parce qu'elles ont un service municipal spécial, 2 parce qu'elles paient eux-mêmes leurs dépenses, 2 parce qu'elles n'ont pas dressé de liste, prétendant n'avoir personne à inscrire.

Les 340 communes qui ont participé au service départemental représentent une population de 283.342 habitants.

Le nombre des inscrits a été de 18.697 soit 6,59 % de la population, proportion assez normale.

Le nombre des malades a été de 5.453 soit 29,16 % des inscrits, proportion également normale, si on la compare à celle des années précédentes.

Ces 5.453 malades ont reçu : 15.354 visites de jours, 182 visites de nuit et 7.997 consultations ; ils ont occasionné des frais chirurgicaux montant à 1418 fr. et 19.603 ordonnances pharmaceutiques.

Les accouchements pratiqués par les médecins ont été au nombre du 27 dont 13 ont nécessité la version ou l'application de forceps ; ceux pratiqués par les sages-femmes ont été au nombre de 263.

Ces divers chiffres représentent l'activité du service.

Les consultations donnant droit à une rémunération de un franc, les dépenses se sont élevées à 7.997 fr.

Les visites dans la localité habitée par le médecin donnant droit à pareille rémunération de un franc, ayant été au nombre de 6.512 ont occasionné une dépense de 6.512 fr.

Les visites avec déplacement sont augmentées d'une indemnité kilométrique de vingt-cinq centimes de commune à commune et à l'aller seulement. Elles ont été au nombre de 8.842 et ont occasionné une dépense de 21.424 fr. 50, soit 2 fr. 423 comme prix moyen.

Les visites de nuit ayant une rémunération double, ont occasionné une dépense de 558 fr. 50 soit une moyenne de 3 fr. 068 ; le plus grand nombre sont faites dans les localités habitées par les médecins.

Les 277 accouchements simples ont donné une dépense de 2.374 fr. 75 soit une moyenne de 8 fr. 573 : il y a eu en général peu de déplacement pour ces accouchements. Les 13 cas de dystocie ont occasionné une dépense de 260 fr. Un très petit nombre de vaccinations a donné aux médecins 43 fr. 50 et aux sages-femmes 97 fr. 25.

La rémunération des médecins s'est donc élevée à la somme de 38.338 fr. 50 soit une moyenne de 7 fr. 030 par malade et de 2 fr. 039 par inscrit. La rémunération des sages-femmes a été de 2.347 fr.

Le service de la pharmacie a occasionné une

dépense de 29.427 fr. soit une moyenne de 1 fr. 501 par ordonnance, de 5 fr. 396 par malade et de 1 fr. 573 par inscrit.

L'assistance à domicile a donc coûté 70.112 fr. 50 soit 12 fr. 857 par malade et 3 fr.749 par inscrit.

Les hospitalisations et transports ont donné une dépense de 13.396 fr. 25 pour 317 malades soit une moyenne de 42 fr. 259 par malade.

Les assistés ayant les communes comme domicile de secours ont donc occasionné une dépense de 83.508 fr. 75 soit 4 fr. 466 par inscrit.

Si l'on ajoute les frais occasionnés par les assistés ayant le Loiret comme domicile de secours 207 fr. 30, par les assistés ayant un autre département 121 fr. 50, ou enfin ayant l'Etat comme domicile de secours 4 fr. 20 enfin les frais d'administration 4.718 fr. 05, on arrive à un total de 88.559 fr. 50.

Il serait fort intéressant que les résultats fournis par d'autres départements fussent publiés également par ceux de nos confrères qui les pourraient connaître et tous les conseillers généraux seront bientôt dans ce cas. J'espère qu'ils voudront bien, comme l'an dernier, m'adresser quelques communications et je les en remercie à l'avance.

D[r] GASSOT.

Les expertises médico-légales en Algérie.

Le président de la République française,

Sur le rapport du garde des sceaux, ministre de la justice et des cultes, du ministre de l'intérieur et du ministre de la guerre,

Vu la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, et notamment les paragraphes 2 et 3 de l'article 14, ainsi conçus :

« Un règlement d'administration publique revisera les tarifs du décret du 18 juin 1811, en ce qui touche les honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des médecins.

« Le même règlement déterminera les conditions, suivant lesquelles pourra être conféré le titre d'expert devant les tribunaux » ;

Vu l'article 35 de la loi précitée, portant :

« Des règlements d'administration publique détermineront les conditions d'application de la présente loi à l'Algérie et aux colonies et fixeront les dispositions transitoires ou spéciales qu'il sera nécessaire d'édicter ou de maintenir » ;

Vu le décret du 7 août 1896, portant règlement d'administration publique sur l'application à l'Algérie de la loi précitée ;

Vu l'avis du conseil consultatif du gouvernement de l'Algérie, en date du 26 juin 1896 ;

Vu le décret du 18 juin 1811, contenant règlement pour l'administration publique de la justice en matière criminelle, de police correctionelle, et de simple police et tarif général des frais ;

Le conseil d'Etat entendu,

Décrète :

CHAPITRE I[er].

Des conditions dans lesquelles est conféré le titre d'expert médecin devant les tribunaux.

Art. 1[er]. — Au commencement de chaque année judiciaire et dans le mois qui suit la rentrée, la cour d'appel d'Alger, en chambre du conseil, le procureur général entendu, désigne, sur les listes de propositions des tribunaux de première instance du ressort, des docteurs en médecine à qui elle confère le titre d'expert devant les tribunaux.

La désignation de médecins militaires ne peut avoir lieu qu'avec l'approbation de l'autorité militaire supérieure, dont ils dépendent.

Art. 2. — Les propositions du tribunal et les désignations de la cour ne peuvent porter que sur les docteurs en médecine français, demeurant, soit dans l'arrondissement du tribunal, soit dans le ressort de la cour d'appel.

Art. 3. — En dehors des cas prévus aux articles 43, 44, 235 et 268 du code d'instruction criminelle, les opérations d'expertise ne peuvent être confiées à un docteur en médecine qui n'aurait pas le titre d'expert. Toutefois, suivant les besoins particuliers de l'instruction de chaque affaire, les magistrats peuvent désigner un expert près un tribunal autre que celui auquel ils appartiennent.

En cas d'empêchement des médecins expert résidant dans l'arrondissement et s'il y a urgence, les magistrats peuvent, par ordonnance motivée, commettre un docteur en médecine français de leur choix.

CHAPITRE II.

Des honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des experts médecins.

Art. 4. — Chaque médecin requis par des officiers de justice ou de police judiciaire ou commis par ordonnance, dans les cas prévus par le code d'instruction criminelle, reçoit à titre d'honoraires :

1° Pour une visite avec premier pansement, 8 fr. ;

2° Pour toute opération autre que l'autopsie, 10 fr. ;

3° Pour autopsie avant inhumation, 25 fr. ;

4° Pour autopsie après exhumation, 35 fr.

Au cas d'autopsie d'un nouveau-né, les honoraires sont de 15 et 25 fr., suivant que l'opération a eu lieu avant inhumation ou après exhumation.

Tout rapport écrit donne droit, au minimum, à une vacation de 5 fr.

Art. 5. — Le coût des fournitures, reconnues nécessaires pour les opérations, est remboursé sur la production des pièces justificatives de la dépense.

Art. 6. — Il n'est rien alloué pour soins et traitements administrés, soit après le premier pansement, soit après les visites ordonnées d'office.

Art. 7. — En cas de transport à plus de 2 kilomètres de leur résidence, les médecins reçoivent, par kilomètre parcouru, en allant et en revenant :

1° 20 centimes si le transport a été effectué en chemin de fer ;

2° 60 centimes si le transport a eu lieu autrement.

Art. 8. — Dans le cas où les médecins sont retenus dans le cours de leur voyage par force majeure, ils reçoivent une indemnité de 10 fr. par chaque journée de séjour forcé en route, à la condition de produire, à l'appui de leur demande d'indemnité, un certificat du juge de

paix ou du maire de la localité, constatant la cause du séjour forcé.

Art. 9. — Il est alloué aux médecins, outre les frais de transport, s'il y a lieu, une vacation de 5 fr. à raison de leurs dépositions, soit devant un tribunal, soit devant un magistrat instructeur.

Si les médecins sont obligés de prolonger leur séjour dans la ville où siège soit le tribunal, soit le juge d'instruction, devant lequel ils sont appelés, il leur est alloué, sur leur demande, une indemnité de 10 fr. par chaque journée de séjour forcé.

Art. 10. — Sont abrogées toutes les dispositions du décret du 18 juin 1811 en ce qu'elles ont de contraire au présent chapitre.

CHAPITRE III.

Dispositions transitoires.

Art. 11. — Les officiers de santé reçus antérieurement au 1er décembre 1893 et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article 31 de la loi du 30 novembre 1892 peuvent être portés sur la liste d'experts près les tribunaux, s'ils réunissent les conditions de nationalité et de résidence prévues à l'article 2 du présent décret.

Ils ont droit aux mêmes honoraires, vacations, frais de transport et de séjour que les docteurs en médecine.

Art. 12. — Le tarif prévu au chapitre II du présent décret, ne sera applicable qu'aux opérations requises postérieurement à sa publication.

Art. 13. — Le garde des sceaux, ministre de la justice et des cultes, le ministre de l'intérieur et le ministre de la guerre sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des lois*.

Fait à Paris, le 3 mai 1897. FÉLIX FAURE.

REPORTAGE MÉDICAL

Prêts d'honneur aux étudiants. — La municipalité de Lille, à l'instigation de M. le Dr Debierre, un de ses adjoints, vient de voter un crédit pour la création d'une caisse de prêts d'honneur, ouverte aux étudiants nécessiteux. Les demandes, au sujet desquelles la plus grande discrétion sera observée, seraient faites par l'intermédiaire d'un professeur, d'un doyen, du recteur ou du maire.

— *La mort de l'Abbé Kneipp.* — Le chef de la grande exploitation hydrologique de Wœrishofen vient de s'éteindre, abandonnant ses titres de la curie romaine, qui vont sans doute échoir à son rival survivant, le curé guérisseur de Sens. Tous ceux que tenait sous le charme sa puissante suggestion font des vœux pour qu'il soit bien accueilli dans les sphères célestes, malgré les intrigues auxquelles a dû se livrer saint Labre. Car il est vraiment à craindre que la lutte entre les doctrines médicales se poursuive, même au delà de notre monde, quand elles furent si acharnées ici bas.

— *Le Congrès d'assistance de Rouen* a ouvert ses travaux le 14 juin, par le rapport de M. le Dr Gibert, membre du Conseil de Direction du Concours, sur les mesures à prendre pour : 1° créer une Société de Charité, et 2° combattre l'alcoolisme et la tuberculose dans la Seine-Inférieure.

— *Vœu de la Société de médecine légale.* — Dans sa séance du 14 juin, la Société de médecine légale a renouvelé son vœu du 8 mai 1882, et décidé, comme nous le demandions en 1888, à propos d'une circulaire du préfet de la Seine : que les médecins ne doivent pas être tenus de déclarer les cas d'expulsion de produits embryonnaires au-dessous de six mois.

— *Les inscriptions pour la thèse.* — Plus de 200 candidats sont, paraît-il, inscrits pour passer la thèse avant la fin de l'année scolaire, dans la seule Faculté de médecine de Paris. Ouvrons les rangs, chers confrères, c'est la première avalanche qui va passer. Les années prochaines nous réservent encore mieux. Pourrait-on canaliser ce flot ?

— *L'avenir de la médecine.* — Devant les progrès de la coopération et de la mutualité, voici l'une des perspectives qui apparaissent aux médecins, s'ils en restent aux lamentations. L'idée vient d'Amérique, elle passera facilement les mers. C'est l'entreprise générale de la médecine, par une Compagnie de spéculateurs, qui s'exprime ainsi dans son prospectus :

« Pour un dollar par mois, la Compagnie de traitement médical vous fournit un docteur aussi souvent qu'il en est besoin. Ce médecin vous traitera, vous et votre famille, soit dans son cabinet, soit à votre domicile, si la gravité du cas le requiert, et ses prescriptions seront exécutées par le pharmacien sans qu'il vous en coûte rien de plus..... Nos médecins sont tous diplômés des principales écoles de l'Etat, et l'on peut avoir toute confiance en leur expérience pour le traitement de toutes les maladies..... La naissance d'un enfant est un phénomène physiologique et dès lors ne rentre pas dans les attributions de notre Compagnie. Mais dans notre système, avec un supplément de 5 dollars au moment de l'accouchement, la mère recevra les soins nécessaires pendant la convalescence. »

Dédié aux fanatiques de l'indépendance... envers leurs seuls confrères.

— *Projet de création de médecins départementaux de colonisation.* — M. le Dr de Labrousse (de Guelma), du Concours médical, a présenté au Comité départemental d'assistance publique de Constantine, en 1888, un projet de création de médecins départementaux de colonisation en Algérie. M. le Dr Crozes, d'Ain Beïda, a repris dernièrement cette idée. Le but que se proposent nos confrères est de placer, près du préfet, un représentant qui, se substituant à des fonctionnaires sans compétence, serait le trait d'union indispensable entre les médecins isolés dans leurs postes, et l'Administration qui se rend difficilement compte de la façon dont ils remplissent leurs fonctions si délicates. Cette création paraît vraiment désirable.

— En témoignage de leur participation dévouée aux travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité et à l'étude des questions s'y référant, une **médaille d'or** a été décernée à M. le docteur LANDE (de Bordeaux), et une **médaille de vermeil** à M. le docteur BERTIN (de Nantes), membres du « *Concours médical.* »

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4189. — M. le docteur SOLLAUD, de Vichy (Allier), présenté par M. le docteur Valois, de Cosne (Nièvre), et membre de l'Association des médecins de l'Allier.

N° 4190. — M. le docteur DESCOULEURS, de Droué (Loir-et-Cher), membre de l'Association des médecins du Loir-et-Cher.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur WAGNIER, de Lille, membre du « *Concours médical* ».

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 27 3 Juillet 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Les appareils de marche de M. le Dr Reclus.

L'immense progrès que M. le Dr Lucas-Championnière a fait faire à la chirurgie des fractures en démontrant l'utilité du massage et de la mobilisation, contrairement à l'opinion ancienne, qui voulait maintenir indéfiniment au repos, dans des appareils inamovibles, les blessés atteints de fractures, a été enfin compris par de nombreux chirurgiens éminents, entr'autres par M. le Dr *Reclus*, qui a, en quelque sorte, perfectionné l'idée, en imaginant les *appareils de marche*. Au moyen de ces appareils, qui soutiennent le membre fracturé et empêchent le déplacement des fragments coaptés, les blessés peuvent quitter le lit et l'immobilité, pour marcher et fortifier ainsi le membre malade, dès le 7e ou le 8e jour après l'accident. Ces appareils se composent essentiellement d'une tige de fer recourbée en forme de pincette ou de pince à sucre et constituant une sorte de long étrier tuteur, maintenu fixe par des bandes plâtrées. Le tuteur a donc deux branches latérales, interne et externe, qui doivent remonter toujours plus haut que l'os fracturé et servir, pour ainsi dire, de squelette provisoire entre les deux segments de membre situés chacun aux extrémités de l'os fracturé. On peut s'arranger pour n'envelopper dans les bandes plâtrées que les régions non blessées et laisser le foyer de la fracture suffisamment découvert pour en permettre le massage quotidien. Il peut évidemment se produire des excoriations et des eschares, mais cela peut se montrer toutes les fois qu'on applique un appareil plâtré, et même les eschares sont très rarement observées. Une autre objection, c'est que le cal doit se faire avec plus de difficulté et demander plus de temps. Eh ! bien, c'est justement le contraire qui se produit ; le cal se fait avec une rapidité plus grande que chez les malades ayant des appareils plâtrés ordinaires. D'autre part, quand le malade, autrefois, sortait de son appareil plâtré, il restait un impotent dont la guérison pouvait être assez longue avec des atrophies musculaires assez souvent.

Traitement de l'érysipèle par les pulvérisations chaudes de liqueur de Van Swieten.

Parmi les nombreux moyens de traitement préconisés contre l'érysipèle, beaucoup présentent des inconvénients plus ou mieux sérieux qui expliquent pourquoi leur emploi ne s'est pas généralisé ; les injections antiseptiques sous-cutanées ont dû être abandonnées presque aussitôt pour des raisons multiples ; l'emploi de l'ichtyol (méthode de Unna et Juhel-Renoy) rend, pendant son application, l'aspect des malades véritablement repoussant.

La méthode de M. A. Robin, employée par lui depuis dix ans, n'a aucun de ces inconvénients.

Voici d'abord en quoi elle consiste, d'après un exposé du *Bulletin Médical* : On se sert d'une *solution aqueuse de sublimé au millième* ; ce n'est pas, à proprement parler, de la liqueur de Van Swieten, car il n'y entre pas d'alcool ; on ajoute simplement par litre un gramme d'acide tartrique pour prévenir la formation d'un albuminate de mercure.

Ce liquide est pulvérisé à l'aide du *pulvérisateur à vapeur* ; ce qui a les avantages suivants :

1° La solution de sublimé est diluée par le jet de vapeur et arrive chaude, sur la peau du malade ; d'où un effet sédatif très marqué et un effet antiseptique plus considérable qu'avec une application froide (on sait combien la chaleur renforce le pouvoir microbicide) ; d'où encore un effet antiphlogistique, que, depuis longtemps, on sait intense, sous l'influence du spray ;

2° La pulvérisation peut être facilement continuée tout le temps nécessaire.

On pourrait aussi, en cas de besoin, se servir d'un pulvérisateur quelconque, à la condition de faire chauffer la solution de sublimé ; mais il est évident qu'on obtiendrait une action moins efficace.

Préparation du malade. — Le malade est cou-

vert d'une alèze ou d'une toile imperméable, pour qu'il ne soit pas mouillé ; il ferme la bouche et les yeux, ceux-ci étant protégés par un tampon d'ouate ; au cuir chevelu, les cheveux empêchent le liquide pulvérisé d'agir suffisamment ; aussi, dans les érysipèles graves, avec état général inquiétant, doit-on couper les cheveux.

Manuel opératoire. — Pour pulvériser, on place les becs de l'appareil à une distance d'environ 30 centimètres de la plaque érysipélateuse, et on imbibe longuement toutes les parties de la plaque, en insistant au niveau du bourrelet limité ; la durée des pulvérisations est variable avec l'étendue de la surface à couvrir ; elle est en moyenne, pour un érysipèle facial, de trente minutes.

Le nombre des pulvérisations est de six à huit les deux premiers jours ; on le diminue quand l'amélioration est manifeste ; il ne faut pas cesser trop tôt les séances de spray et les faire trop courtes, sous peine d'assister à une reprise des phénomènes morbides. En moyenne, les pulvérisations sont à continuer trois à six jours.

Telle est, dans toute sa simplicité, cette méthode de traitement local des érysipèles de la face ; applicable tout aussi bien aux érysipèles traumatiques et aux lymphangites graves, elle constitue une arme thérapeutique d'une efficacité considérable. Sans entrer ici dans d'inutiles détails, qu'il nous suffise de citer quelques faits ; la méthode fut imaginée en 1887 au cours d'une épidémie d'érysipèles qui sévissait à l'hospice des Ménages. Il s'agissait là d'une population de vieillards, c'est-à-dire d'individus où l'érysipèle a une toute autre gravité que chez un adulte vigoureux, au système cardio-vasculaire intact ; au-dessus de 70 ans, l'érysipèle facial, cette maladie bénigne des auteurs, tue dans la proportion de 45 % pour les vieillards de 70 à 80 ans, et de 80 % pour les vieillards de 80 à 90 ans (statistique personnelle de M. A. Robin) ; de 60 à 70 ans, la mortalité atteint encore 22 %. Or, à partir du moment où M. Robin appliqua systématiquement son procédé de traitement aux érysipèles faciaux, il ne perdit pas un seul malade sur neuf vieillards traités ; l'un d'eux avait 84 ans et son érysipèle était très sérieux (érysipèle ambulant, avec phénomènes généraux graves).

Cette méthode n'atténue pas seulement la gravité de l'érysipèle chez les vieillards, les cardiaques, les débilités de toutes sortes, *elle abrège sensiblement sa durée.* Tandis que d'ordinaire la maladie se juge vers le sixième, septième ou huitième jour, dans huit cas, qui ont pu être soignés à temps, la durée moyenne a été de quatre jours pour les cas pris à l'origine, de six pour les cas soignés vers le troisième jour.

Y a-t-il des inconvénients à cette méthode ? — Jamais le moindre accident d'hydrargyrisme n'a été observé. Jamais, non plus, il ne s'est produit de lésions cutanées, les phlyctènes n'ont pas semblé plus nombreuses que dans les autres érysipèles, et aucun malade n'a présenté ni immédiatement, ni consécutivement (malades revus après plusieurs mois) une pigmentation quelconque. Enfin la méthode peut être mise entre les mains de tous ; on n'a pas à craindre de pulvériser trop.

Traitement adjuvant. — Les malades sont mis en même temps au régime lacté, et leurs urines sont examinées tous les jours au point de vue de l'albumine.

Toute médication antithermique est à rejeter, mais il est utile d'insister sur la médication tonique, dont l'alcool à petites doses et la quinine, constitueront les éléments ; la quinine employée isolément n'a qu'une influence insignifiante sur l'évolution morbide ; mais à petite dose elle intervient avantageusement dans la lutte contre la maladie en augmentant les pro-

FEUILLETON

Supplément à l'indicateur des établissements pour la cure maritime. (Voir n° 19, 1897.)

Plusieurs confrères nous demandent s'il ne serait pas possible de les renseigner plus complètement encore sur les conditions de l'admission et du traitement dans les hôpitaux ou maisons de santé destinés à la cure maritime.

M. le Dr Armaingaud a bien voulu déjà nous fournir (voir 1897, n° 19) un indicateur sommaire des œuvres et institutions qui visent ce but.

A côté des hôpitaux qu'il a signalés, il existe pas mal d'établissements privés dont les aménagements sont vraiment suffisants pour jouer ce même rôle, et qui sont surtout destinés aux malades payants, dont les ressources varient à l'infini.

Grâce à l'obligeance de M. le Dr Pierre (de Berck-sur-Mer) nous pouvons compléter, en ce qui concerne les établissements de cette plage, les indications déjà données.

Hôpital Nathaniel de Rothschild. — 100 lits, tous pleins l'été, réduits de moitié l'hiver. On y reçoit, en majeure partie, les enfants israélites, puis, sans distinction de confession, tous les petits malheureux qui sont signalés à la charité de Mme la baronne James de Rothschild. — Directrice Mme Katz.

Dispensaire H. de Rothschild. — Tout le monde, sans distinction de pays et de religion, est admis à la consultation. Mais les lits sont réservés aux opérés indigents de Berck.

Hôpital Cazin-Perrochaud. — 350 lits. 50 fr. par mois. Admission par demande à la sœur supérieure. On reçoit les filles jusqu'à 20 ans, les garçons jusqu'à 15 ans, sans distinction de nationalité et de religion.

Maison Notre-Dame. — 50 chambres, 100 lits. Pensions : 100 fr. par mois et à forfait. On reçoit les enfants et les dames : les parents habitent en face. Une école en dépend. S'adresser à la supérieure. On choisit son médecin et on le paye directement ; les objets de pansement se payent aussi à part.

Maison de santé de l'Oise. — Directeur M. Malingre, 50 fr. par mois, reçoit des enfants de tous pays, depuis les agrandissements successifs qu'elle a reçus.

Maison de Mme Lemaire-Rivet. — Reçoit indistinctement tous les malades qui se présentent : hommes, femmes, enfants. On traite à forfait

cessus d'oxydation, toujours diminués dans les infections aiguës graves.

Dans les cas très graves, quand l'état général fléchit, que les symptômes nerveux demeurent inquiétants, les *bains froids*, institués parallèlement aux pulvérisations donnent des succès inespérés.

Nous n'avons pas à envisager les cas d'*érysipèles compliqués* ; il ne s'agit plus alors d'un érysipèle, mais d'une streptococcie sous l'une ou l'autre de ses multiples formes, et les indications thérapeutiques varient en conséquence ; mais tant qu'il existe une plaque d'érysipèle en évolution, il faut la poursuivre et l'attaquer par les pulvérisations.

En résumé, le traitement de l'érysipèle, par les pulvérisations de sublimé au millième, suivant la technique indiquée ci-dessus, est à la fois très simple dans son application, parfaitement inoffensif et remarquablement efficace ; il diminue la gravité de la maladie, abrège sa durée et procure au malade un soulagement immédiat. On doit l'employer méthodiquement pour *tous* les érysipèles, et bien entendu aussitôt que possible.

La nouvelle tuberculine de Koch.

Nous avons exposé récemment les modifications que le prof. allemand Koch avait fait subir à la tuberculine pour la perfectionner. M. Maragliano, de Gênes, a injecté cette nouvelle tuberculine à trois malades atteints de tuberculose et à un qui en était indemne. Chez tous, il a eu la production ou l'augmentation de la fièvre, qui s'est maintenue pendant deux à quatre jours. Chez les tuberculeux, l'injection a fait paraître des troubles physiques dans les endroits du poumon où il n'y en avait pas auparavant. Chez les cobayes sains, ainsi que chez les tuberculeux, la température est augmentée par les effets de l'injection : en essayant avec des doses égales de la nouvelle et de l'ancienne tuberculine, les animaux, sains ou tuberculeux, qui les avaient reçues, ont tous présenté la même réaction.

L'examen microscopique du produit, qui était trouble, lui a démontré, ainsi que cela a été déjà constaté en France par M. Nocard, la présence de bactéries et de levûres.

M. Maragliano pense que la différence signalée par M. Koch entre l'ancien et le nouveau produit n'existe pas en réalité et que le nouveau est inférieur à l'ancien.

M. *Bouchard* ajoute que toute recherche faite avec un produit *malpropre*, ne présente aucune base scientifique et que l'on doit absolument rejeter un produit industriel semblable.

Ce qui équivaut à un enterrement de première classe pour la nouvelle tuberculine. Si, au moins, le sérum Maragliano était vraiment bien supérieur ! Mais hélas !

Applications de la radioscopie au diagnostic des maladies du thorax.

M. le professeur Bouchard a démontré qu'au moyen de la radioscopie par les rayons X, on pouvait découvrir des épanchements pleuraux, en délimiter le liquide, suivre son retrait graduel, reconnaître même une pleurésie sèche, constater les rétractions thoraciques consécutives, diagnostiquer enfin, aux périodes initiales, la tuberculose pulmonaire et assister au développement de cavernes profondes.

Il a reconnu par ce moyen l'existence de l'adénopathie trachéo-bronchique, l'ectopie cardiaque, l'hypertrophie du cœur avec battement des oreillettes à droite du sternum, les dilatations et l'anévrysme de l'aorte.

De nouveaux faits qu'il apporte à la tribune de l'académie des sciences, sont d'un intérêt non moins considérable ; voici cette communication :

---

pour la pension. Médecin, pharmacie et pansements se payent à part.

Maison Mme Lenoir-Bizet. — Mêmes conditions, mais la maison est petite, le nombre des pensionnaires limité. Les malades vivent là comme leur dans famille.

Maison de Mlle Fagneux. — Idem. Enfants et Dames.

Villa Normande. — Idem.

La Polyclinique. — Analogue au Dispensaire H. de Rothschild, avec consultation, chambres d'opérés, dortoirs ; mais on paye proportionnellement à ses ressources.

MM. les Drs Calot, Ménard, Pierre et Baillet sont l'un ou l'autre attachés à ces divers établissements, alors même que le service médical y est libre.

Nous sommes en mesure d'ajouter, pour répondre à deux de nos confrères que les enfants à partir de 2 ans sont reçus dans le *Sanatorium d'Arcachon*, où ils entrent dans un pavillon et un service spécial, et dans le *Sanatorium de Banyuls-sur-Mer*, où, comme à Arcachon, et à Berck, le prix de journée est de 2 francs pour les enfants entretenus par leur famille.

Un chapitre inédit du diable boiteux.

Vous avez lu, très probablement, le *Diable boiteux*, de Lesage, et vous avez pu constater que les médecins et les apothicaires n'y sont pas trop maltraités. C'est à peine si on pourrait s'offusquer du passage où il est question de la double ordonnance, qui devrait défendre de payer les médecins quand ils ne guérissent pas leurs malades, et de celle qui les obligerait à mener le deuil, à l'enterrement des clients morts entre leurs mains.

Cette plaisanterie n'est pas bien acerbe, après tout, pas plus que le récit de la ruse de cet Esculape biscayen, qui voulait épouser une riche veuve et se faisait relancer par un fripon de valet, chaque fois qu'il était chez elle, pour qu'elle pût croire que des personnes de qualité le faisaient demander.

L'auteur avait cependant consacré quelques pages assez malignes à nos confrères espagnols, mais il les avait supprimées ultérieurement (les pages, pas les confrères) par sentiment des convenances, par gratitude, quoique Asmodée, du haut de la tour de San-Salvador, eût fait entrevoir à don Cléophas pas mal de ridicules et de travers, bons à fustiger.

Or, ce dernier n'avait pas eu à se louer de ses relations avec dona Thomasa ; il avait contracté entre ses bras une cuisante maladie, qui avait été traitée avec succès par un spécialiste de Grenade. Le jeune Zambullo avait le cœur reconnaissant ; il ne voulut pas que ce qu'il avait noté sur les collègues de son sauveur fût publié.

Un hasard heureux a fait tomber entre mes mains

Chez un homme de 45 ans, atteint depuis deux mois de dysphagie progressive, avec accès de spasme, qui en était arrivé à ne plus pouvoir ingérer que les liquides et chez lequel on avait porté le diagnostic de rétrécissement de l'œsophage, sans que rien autorisât à se prononcer avec certitude sur la nature de ce rétrécissement, j'ai pu constater et faire voir aux élèves une tumeur bilobée siégeant à gauche de la quatrième vertèbre dorsale. Je pouvais, dès lors, affirmer qu'il s'agissait d'un cancer de l'œsophage. Neuf jours plus tard, le malade ayant succombé à un pyo-pneumothorax gangréneux, l'autopsie permettait de vérifier dans tous ses détails notre diagnostic.

Les faits suivants ont trait au diagnostic de l'insuffisance aortique.

Un homme, âgé de 34 ans, qui a souffert de fièvres intermittentes, de fièvre typhoïde et de plusieurs accès de rhumatisme aigu, est actuellement atteint d'aortite avec accès angineux. On constate chez lui un double souffle systolique et diastolique à la base. La crosse aortique et la sous-clavière sont soulevées.

La radioscopie faite en avant, montre à droite du sternum, au niveau de la deuxième côte, une ombre formant flux et reflux isochrones aux battements du pouls. L'examen fait par le dos permet de constater les battements d'une autre ombre qui se détache chaque fois de la colonne vertébrale et s'avance vers la gauche au-dessus de l'ombre portée par le cœur, jusqu'à l'ombre de la clavicule. On arrive à constater les mêmes battements aortiques à gauche de la colonne par l'examen fait en avant.

Une jeune fille de 18 ans qui, à la suite de deux attaques de rhumatisme aigu, a vu survenir aux pieds et aux mains les déformations du rhumatisme chronique, est atteinte aussi d'insuffisance avec rétrécissement aortique.

La radioscopie fait constater également chez elle, en avant, une ombre pulsatile dans le premier espace intercostal et dans le deuxième à droite du sternum. On voit d'autres battements à gauche. A l'examen par le dos, on retrouve très nettement ces mêmes battements à gauche de la colonne, au niveau des troisième et quatrième vertèbres dorsales.

Chez un homme de 68 ans, qui se plaignait d'accidents dyspnéiques et qu'on eut l'occasion d'examiner à l'aide de l'écran phosphorescent, avant d'avoir eu encore le loisir de le soumettre à une exploration régulière, on porta le diagnostic d'insuffisance aortique, d'après la constatation de battements d'une ombre en avant, à droite du sternum, et d'autres battements en arrière, à gauche de la colonne vertébrale. L'examen clinique ordinaire vérifia le diagnostic et permit en particulier de constater le souffle diastolique à la base, avec extension vers l'appendice xyphoïde.

Dans l'insuffisance aortique, la chute brusque de la tension vasculaire due à l'impossibilité d'occlusion des valvules aortiques et le reflux du sang qui en est la conséquence mettent l'aorte dans un état de vacuité relative, auquel succède brusquement une réplétion quand survient la systole suivante du ventricule. C'est ce qui donne le pouls bondissant dans l'insuffisance aortique ; c'est ce qui permet de constater à l'œil les battements des artères sous la peau ; c'est aussi ce qui fait que, grâce aux rayons de Rœntgen, on voit battre dans le thorax, chez les malades atteints d'insuffisance aortique, l'aorte ascendante à droite du sternum, l'aorte descendante à gauche de la colonne vertébrale. Quand l'aorte est normale, on ne la voit pas. Quand l'aorte est simplement dilatée, on la voit, mais on ne distingue pas ses battements. L'existence, dans les sièges indiqués, d'une ombre, qui bat en avant, en s'écartant et se rapprochant des deux bords du sternum, qui bat en

---

ce petit pamphlet, dont je n'ai aucune raison pour mon compte de dissimuler la traduction.

Je vous rappelle que le spectacle a lieu dans le pays des castagnettes ; ce sont les intérieurs des demeures madrilènes qu'on aperçoit et non ceux de Paris. Epigrammes et railleries ne sauraient par conséquent viser des personnes actuellement vivantes.

Pas de confusion, n'est-ce pas, et n'allez pas voir des allusions à ce qui se passe aujourd'hui dans ce miroir de la corporation en 1707. C'est Asmodée, qui, après avoir enlevé, d'un revers de main, tous les toits de la ville, a montré à nu, à l'écolier d'Alcala, les faiblesses, les faux-semblants et le dessous des cartes de cette époque lointaine. C'est lui seul qui critique et fait des satires, ne vous trompez pas, lui seul qui a déchiré le voile que certains s'efforcent d'étendre sur leurs actions et soulevé les masques des hypocrites.

Ces réserves faites, voici le texte bien jauni par le temps, que j'ai recopié à votre intention :

« Observons d'abord dans cette maison, à main droite, ce célèbre professeur qui travaille à un grand ouvrage, destiné à transmettre son nom à la postérité. Comment se fait-il que son traité soit fait de diverses écritures et qu'il n'y ait que quelques rares notes de lui ? — C'est que ce sont ses élèves et ses thuriféraires habituels qui ont travaillé et compulsé pour lui ; mais, soyez tranquille, il saura reconnaître leur bonne volonté, en poussant à son tour ceux qui ont commencé par faire la courte échelle en sa faveur. . . . .

. . . .

Il faut que je vous montre, par opposition, un pauvre diable, hâve et maigre, qui, à cette heure avancée de la nuit, est encore absorbé par les bouquins et les expériences. — Ah ! celui-là n'a que ce qu'il mérite, malgré sa grande valeur et la somme fabuleuse de travail qu'il ne cesse de fournir. C'est un indépendant, qui ne fait partie d'aucune de ces petites chapelles où on s'encense à tour de rôle. — Il a la prétention de garder pour lui ses travaux, ses expériences et est trop fier pour accepter de marcher, en serre-file, derrière un tas d'habiles intrigants, qui ne le valent pas. Ceux-ci, avec leur servilité, arriveront certainement, avant lui, aux honneurs et à la fortune, et ce sera bien fait. . . .

. . . .

Ah ! pour le coup, démon de la luxure, voilà un de vos fidèles serviteurs, ce petit homme rougeaud, qui se passe la langue sur les lèvres avec gourmandise, en palpant un peu partout cette grosse fille, aux appâts rebondis, qui n'a pourtant qu'un simple mal de gorge. — Est-ce que cet examen méticuleux et général est bien utile ? — Mais probablement, jeune homme, sans cela. . . . .

. . . .

Je serais curieux de connaître la cause de l'indignation de ce Diafoirus, qui commente au lit d'un malade et devant la famille assemblée une ordonnance qui n'a pas été faite par lui. Il faut croire, à ses gestes, que le signataire était à la hauteur de sa tâche et qu'il a dû faire de bien singulières prescriptions. Aussi, on l'a congédié sans hésiter et on

arrière en s'écartant et se rapprochant du bord gauche de la colonne vertébrale, est caractéristique de l'insuffisance aortique.

MÉDECINE PRATIQUE

Tuberculose de la peau.

Nous diviserons l'étude de la localisation cutanée du bacille de Koch en deux parties : 1° les *gommes cutanées* ou anciennes scrofulides ; 2° le *lupus tuberculeux*.

I

GOMMES OU SCROFULIDES.

Les colonies bacillaires, qui se font dans le tissu cellulaire sous-cutané et à la face profonde du derme, sont l'origine de productions noueuses, de tumeurs tantôt dures, tantôt molles, qui portent le nom de gommes tuberculeuses.

Ces petites tumeurs sont constituées par des amas de follicules tuberculeux et développées aux dépens du tissu cellulaire sous-cutané ; elles soulèvent le derme et l'épiderme, contractent des adhérences avec la face profonde de ces deux couches et leur donnent une coloration rouge violacée absolument caractéristique. A la coupe, ce sont des masses caséeuses, gris-jaunâtre, en voie de ramollissement par places, enveloppées d'une mince coque fibreuse, qui s'épaissit au fur et à mesure que le centre se ramollit et constitue une membrane de recouvrement et d'isolement. Le ramollissement gagne de proche en proche ; une première cavernule se forme et s'ouvre dans une autre, puis, peu à peu, toute la tumeur devient une poche, un abcès rempli de pus tuberculeux, qui va très lentement se frayer un chemin vers la peau, l'amincir, la perforer, l'ulcérer. L'ulcération produite est d'abord anfractueuse, à bords violacés, décollés, à fond gris-jaunâtre, laissant apercevoir sous des nappes de pus crémeux, des fongosités grises ou rougeâtres. Après un certain temps de suppuration, l'ulcère se déterge, se rétracte, la membrane d'enveloppe se resserre et la cicatrisation se fait en laissant un nodule dur, violacé, plus ou moins irrégulièrement déprimé et difforme, qui reste marqué pendant toute la vie.

Telle est, sommairement rappelée, l'évolution de cette tuberculose gommeuse locale, qui peut siéger en n'importe quelle région du corps, à la face, comme aux pieds, aux doigts, au cou, aux épaules, à la poitrine, etc. Ce sont surtout les jeunes enfants ou les adolescents qui présentent cette forme de tuberculose. Elle est particulièrement fréquente chez les gens malpropres et semble due à une inoculation directe des bacilles, flottant dans le logement ou sur le linge souillé par un tuberculeux qui crache ou qui suppure.

Généralement, les gommes tuberculeuses de la peau ont le volume d'une petite noisette, a une période peu avancée, et on les montre au médecin comme étant « des furoncles qui ne veulent pas aboutir ». Le malade présente, en effet, en certaines régions de la peau, tantôt un seul, tantôt plusieurs nodules rouge-violacé, peu douloureux, parfois même tout à fait indolores, à la pression, mobiles sur les muscles, ou les os, mais faisant bien corps avec la face profonde du derme ; ces nodules sont durs au début, puis, ils se ramollissent, se gonflent, augmentent de volume et deviennent gros tantôt comme une noix, tantôt comme un petit œuf. L'abcès est formé ; mais, c'est un abcès froid, sans réaction, qui peut rester longtemps tel avant de s'évacuer, s'il ne survient pas un traumatisme direct qui provoque son ouverture. La suppuration se prolonge souvent des mois, si l'on n'intervient pas activement ; mais l'affection en elle-même n'a de gravité qu'au point de vue du nombre des gommes et surtout au point de vue de l'infection secondaire possible des poumons ou des os.

---

l'a remplacé par son concurrent qui est bien plus compétent que son prédécesseur pour la maladie en question, du moins à ce qu'il affirme. C'est à souhaiter par le moribond. . . . .

. . . .

— Ah ! ah ! voilà un joli lot d'habits et de cravates blanches, dans cette hostellerie à la mode. L'atmosphère est saturée de nicotine et l'animation des convives prouve qu'ils ont bien dîné. Leur béatitude digestive pourrait comporter, par exemple, un peu plus de charité pour les absents. Ces langues déchaînées s'en donnent sans pitié à débiner le prochain ; morbleu, quels coups de becs et de dents. — On dirait des stylets.

Si ceux qui sont visés y résistent, c'est que leur honorabilité reposera sur un roc inébranlable et inaccessible.—C'est une réédition du *Roman chez la portière*, ou plutôt cela rappelle les mœurs politiques des démocraties envieuses et méfiantes, où la calomnie et le soupçon sont si facilement accueillies.

— Les hommes publics, tout comme des médecins, en se montrant si prompts à suspecter la droiture de leurs collègues, sous le couvert du puritanisme et de la déontologie, croient sans doute se tailler ainsi une auréole, une réputation d'intégrité. — C'est l'histoire des femmes qui furent jadis plus que légères et qui n'ont qu'un regret, celui de ne pouvoir plus jeter leur bonnet par-dessus les moulins.— Il n'y en a pas de plus impitoyables pour les peccadilles de leurs voisines. Elles se rappellent que le nazaréen a dit « que celui qui n'a rien à se reprocher lui jette la première pierre » et elles s'empressent de lapider l'imprudente qui s'est laissé conter fleurette, ou en a eu l'air, pour faire croire à leur vertu.— Elles ont eu tant de bontés, jadis, pour leur prochain, qu'elles se croient autorisées à s'en dédommager sur leurs prochaines. . . . .

. . . .

Attendez, seigneur Asmodée, interrompit brusquement don Cléophas ; je ne veux pas laisser passer ce carrosse, sans vous demander ce qu'il y a dedans.

Chut ! dit le boiteux, en baissant la voix, comme s'il eut craint d'être entendu. C'est un grave professeur qui va s'égayer chez une aventurière aragonaise, dévouée à ses plaisirs, en compagnie des petites amies de ses disciples. Pour n'être pas reconnu, il a pris la même précaution que Caligula, qui revêtait un déguisement en pareille occasion.

Et, pendant ce temps, un autre membre de l'institut royal fait la cour à sa femme et la comble de présents. Il est tellement son protecteur, son confident, qu'il ne peut le devenir davantage. La dame est atteinte de la folie des grandeurs et fait des dépenses disproportionnées à sa situation ; elle porte des diamants de valeur, qu'elle fait passer pour des imitations, à son naïf époux, lequel n'y voit que du feu, ou n'en sait pas distinguer les feux.

Il faut être en Espagne pour être témoin de pareilles perfidies ; je suis bien sûr qu'à Paris, il n'y a rien de pareil.

. . . .

Revenons au tableau que je voulais offrir à vos regards, lorsque vous m'avez interrompu. Regardez cette maison où l'on pleure et cette autre où

Quant au diagnostic, il est des plus simples : les gommes tuberculeuses ne peuvent être confondues avec les *furoncles* ; ces derniers ont une évolution aiguë, fébrile, douloureuse et aboutissent, au bout de 7 à 10 jours, à l'évacuation d'un bourbillon, puis se cicatrisent rapidement.

Les *gommes syphilitiques* ou syphilides gommeuses cutanées, ont une évolution lente, mais elles s'accompagnent d'autres manifestations de la syphilis (plaques muqueuses antérieures de la bouche ou des organes génitaux, syphilides génitales et cervicales) et forment des ulcérations rondes, à bords taillés à l'emporte-pièce, et à fond jaune cuivré ou jambonné. La *ladrerie* est caractérisée par d'innombrables nodules musculaires aussi bien que cutanés, généralement douloureux et incolores.

L'*actinomycose* est caractérisée par de vastes empâtements phlegmoneux de la peau, principalement au niveau de la bouche, de la gorge, du cou, du thorax, et par une assez rapide suppuration qui contient des graines jaunes pathognomoniques. Les phénomènes généraux sont très intenses et très graves.

Enfin, les nodules *cancéreux* de la peau se voient exceptionnellement à l'âge où l'on rencontre la tuberculose cutanée ; ils sont rarement isolés et coïncident fréquemment avec d'autres manifestations cancéreuses dans les viscères. Dans quelques cas particuliers, il peut y avoir néanmoins un peu d'hésitation. La tubercule gommeux du sein peut quelquefois être pris pour un nodule cancéreux, et inversement. Les deux arguments en faveur de la tuberculose sont la jeunesse du sujet et l'indolence des nodules.

Le traitement a une efficacité incontestable, quand il est appliqué à temps et complètement. Il est chirurgical et général. Le procédé héroïque consiste dans la large excision de la gomme, sans l'ouvrir ; la plaie est ensuite touchée à la solution de chlorure de zinc à 1/10 ; puis suturée et pansée à l'iodoforme ou au salol à sec. Si la gomme est délicate à enlever on peut essayer les applications méthodiques et patientes de sparadrap de Vigo ; qui agissent comme antiseptiques et comme compressives. Quand la gomme est ulcérée, on l'ouvre largement, on la gratte à la curette tranchante et on la badigeonne vigoureusement au chlorure de zinc. On applique ensuite des pansements humides au sublimé, ou des bandelettes de sparadrap de Vigo. Les injections interstitielles de chlorure de zinc, de gaïacol, d'iodoforme, ne donnent pas de bons résultats. Seules, les injections intra-gommeuses de naphtol camphré peuvent réussir contre les gommes étendues et d'extirpation délicate, mais il est important de faire de la compression sur la gomme, après l'injection interstitielle, soit avec de l'ouate aseptique et une bande, soit avec du collodion antiseptique.

Le traitement général comprend : la bonne alimentation, le grand air, les phosphates, l'huile de foie de morue, l'arsenic et le chlorure de sodium (mer, eaux salines, Hardy).

II

LUPUS TUBERCULEUX

« Le lupus tuberculeux, dit Dubreuilh, de Bordeaux (1), est une localisation chronique du bacille de Kock dans la peau ou dans les muqueuses dermiques, caractérisée par des nodules ou tubercules rougeâtres, mous, qui peuvent s'ulcérer ou se résorber sans suppuration, mais en laissant d'horribles cicatrices. »

C'est une maladie de l'enfance et de la jeunesse, qui débute entre 2 et 15 ans, rarement après 25 ans, mais qui peut persister toute la vie. Le lupus est plus fréquent chez la femme

(1) Dubreuilh, in Traité de médecine Clinique et thérapeutique. Maloine. Paris, 1895.

l'on rit, ce qui prouve une fois de plus que tout se balance et se compense, que ce qui fait le malheur des uns fait le bonheur des autres. Dans l'une de ces demeures, vient de mourir l'illustre médecin de la cour et de la noblesse et les siens se désolent de sa perte prématurée. — Là-bas, au contraire, cette scène joyeuse se passe chez celui qui va hériter de ses titres et charges. Aussi, il s'apprête à rédiger en son honneur une oraison funèbre extrêmement élogieuse, bien différente de ce qu'il disait et pensait de lui de son vivant.

Il fera même paraître un pompeux article nécrologique, où il le gratifiera des plus hautes vertus. De la sorte, le défunt sera enseveli sous le discours verni, soyeux, de son successeur et sous le plomb massif de la Gazette hippocratique, de même qu'on place dans un double cercueil les cadavres de distinction.

— Tout ne sera évidemment pas rose dans les attributions de son successeur. Les quémandeurs et les recommandations affluent déjà chez lui.

— C'est que les choses ne se passent pas ici comme ailleurs ; les Mangin de la science ne peuvent pas monter au Capitole sans l'agrément et le visa de quelques mandarins. — Pour avoir le moindre titre ronflant, pour avoir le droit de se parer d'une étiquette que les autres médecins ne possèdent pas, il ne suffit pas d'avoir du talent et de subir convenablement les épreuves imposées aux candidats, il faut encore avoir des influences dans la place, être protégé par de bons et honnêtes juges, disposés à faire pencher la balance du côté de leurs créatures. — Vous ne vous doutez pas de ce qu'il faut intriguer, faire agir d'influences, pour gravir quelques échelons, écrémer les postes rémunérateurs et honorifiques.

— Encore une fois, ce n'est pas en France, où on est indépendant, qu'on ferait de pareilles courbettes, qu'on se prêterait à de telles capitulations ; on ne s'y prosterne pas aussi platement devant les galonnés de l'enseignement officiel, parce que ceux-ci n'acceptent pas de mot d'ordre, ne se prêtent pas au favoritisme, à la partialité dans leurs classements.

— Mais voici le jour qui se lève ; nous devons nous quitter, sans nous occuper davantage de la plupart de ces originaux, qui ne sont pas sans copies. J'aperçois de toutes parts des hommes qui s'habillent et qui vont se donner bien du mouvement et de la peine, pour tirer profit du petit espace qui s'écoule entre le matin et le soir : combien de projets formés cette nuit vont s'exécuter ou s'évanouir en ce jour ! — Que de démarches l'intérêt, l'amour et l'ambition vont faire faire ! — Ah ! pauvres terriens, je ne vous envie pas.

. . . .

Je ne terminerai pas, sans déclarer qu'en donnant cet extrait, j'ai d'avance prévu qu'on en suspecterait l'authenticité ; mais j'ai toute confiance en l'expert qui me l'a cédé au poids de l'or et je suis tout disposé à donner son adresse aux incrédules.

Dr Grellety (de Vichy).

que chez l'homme et évolue généralement sur les sujets à terrain dit scrofuleux, téguments pâles, chairs molles, grosses lèvres, aspect bouffi, adénopathies cervicales axillaires et inguinales.

Souvent le lupus est dû à une inoculation directe, sous la peau, par plaie, crevasse, piqûre, d'une petite quantité de pus tuberculeux; tel est le cas de la tuberculose verruqueuse (tubercule anatomique) de la peau des mains. De même, un crachat tuberculeux inoculé sur une plaie de la joue peut donner lieu à un lupus typique. Le lupus du nez ou de la joue peut aussi être le fait d'une inoculation directe ou d'une propagation d'un coryza chronique tuberculeux ou d'une dacryocystite tuberculeuse. Les premiers foyers de lupus sont dus, le plus souvent, à une inoculation directe, mais les foyers initiaux rayonnent, gagnent du terrain et s'étendent autour d'eux, sur les régions voisines. Parfois, l'extension se fait par le sang et surtout par les lymphatiques cutanés, mais bien plus fréquemment, elle est due à l'inoculation directe par le grattage, par les ongles du malade et pour cette raison même, les foyers lupiques primitifs et secondaires siègent presque constamment sur les parties découvertes et faciles d'accès, telles que la face et les mains.

Les lésions du lupus sont constituées, comme les nodules tuberculeux en général, par des follicules à cellules géantes et cellules lymphoïdes périphériques. Les bacilles de Koch y sont très peu nombreux, et il faut examiner un grand nombre de coupes pour en trouver à peine quelques-uns. Les nodules sont isolés ou confluents dans le derme, dont ils peuvent occuper toutes les diverses couches, en s'étendant, surtout, suivant les lymphatiques ; on n'en observe jamais la caséification ; mais ces éléments nodulaires peuvent subir des lésions dégénératives, sous l'influence d'infections microbiennes secondaires streptococciques ou staphylococciques. Il se produit alors un actif travail ulcératif : lupus ulcéreux ; ou bien, les tissus voisins se sclérosent et des prolongements épidermiques poussent entre les papilles, lupus verruqueux ; Leloir a décrit une variété molle du lupus, due à la dégénérescence muqueuse du tissu conjonctif internodulaire (lupus myxomateux).

« En résumé, le lupus est une forme de tuberculose de la peau, tuberculose atténuée, à marche lente, se généralisant difficilement, ce qui tient à ce que la peau est un tissu peu vasculaire et qui se prête mal à la végétation du bacille, et aussi à ce que ces bacilles proviennent généralement d'une culture déjà atténuée, tuberculose ganglionnaire ou osseuse, par exemple. »

Au point de vue symptomatique, « il est peu d'affections cutanées aussi polymorphes que le lupus, à cause des variations d'aspect dues au groupement des tubercules élémentaires, aux infections secondaires, au siège des lésions.

« Le nodule ou tubercule lupique est le type du tubercule dermatologique. C'est une petite masse néoplasique, du volume d'une tête d'épingle à un pois, bien limitée, plus ou moins enfoncée dans le derme qu'elle épaissit et faisant au-dessus de la surface une saillie plus ou moins accusée, généralement en raison inverse de la profondeur à laquelle elle pénètre. Sa couleur est d'un rouge jaunâtre, avec une demi-transparence colloïde, qui l'a fait comparer à de la gelée d'abricots ; elle est généralement facile à apercevoir à travers l'épiderme aminci et luisant; sa consistance est d'une extrême mollesse. Ce tissu est, de plus, extraordinairement friable et se laisse pénétrer sans peine par un instrument tranchant, comme une aiguille à scarifier ou une curette.

« L'évolution du nodule lupique est essentiellement chronique et chaque stade se chiffre par mois ou par années : l'affection est absolument indolente et cette indolence même, en laissant sommeiller l'attention du malade, augmente la gravité de la maladie (1). » Les nodules lupiques peuvent se résorber et subir la transformation scléreuse, mais avec de profondes et affreuses cicatrices. Ils peuvent, au contraire, s'ulcérer par nécrose, mais non par suppuration, car ils ne se caséifient jamais.

Une variété assez fréquente chez l'enfant est la variole *isolée* : « On remarque un tubercule unique ou un groupe de petits tubercules, formant, au centre de la joue, une petite masse du volume d'un pois, de couleur rouge, brun sombre, sans aucune saillie, profondément logée dans l'épaisseur du derme et entourée par la peau saine. Dans d'autres cas, on voit, disséminés au voisinage d'un lupus ulcéré, de petits nodules rouges croûteux, entourés d'une auréole érythémateuse, ressemblant assez à une pustule d'acné, qui n'est autre chose qu'un nodule lupique, susceptible de s'étendre en plaque. »

Tantôt de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, tantôt de l'étendue des deux mains, les plaques de lupus envahissent surtout la face, mais elles peuvent s'étaler sur un segment de membre entier.

Le contour nodulaire ou cicatriciel est généralement très net et bien tranché. La couleur de chaque plaque est rouge jaunâtre, surtout si on fait pâlir la peau par pression. La surface, rarement lisse, est habituellement accidentée par des ulcérations croûteuses, par des masses tuberculeuses saillantes et par des dépressions cicatricielles, situées vers le centre, et marbrant la plaque lupique de bandes et d'îlots plus pâles et plus fermes que le tissu tuberculeux.

Les cicatrices étant très rétractées et profondes amènent toute une série de complications, qu'il est bon de rappeler : paupières en ectropion, lèvres soudées en partie et rétrécissement de l'orifice buccal, destruction des ailes, du lobule, de la cloison du nez ; un seul orifice, à peine perméable au stylet, remplace les narines ; destruction des pavillons auriculaires, voilà pour la face ; rétraction des membres et déformation des doigts, déviations, impossibilité de flexion, voilà pour les mains et les bras.

A noter que les cicatrices du lupus sont beaucoup plus dures, quand elles sont récentes ou encore infiltrées de petits tubercules. Les cicatrices saines finissent généralement par s'amincir et s'assouplir, mais les déformations cicatricielles restent.

Les principales formes du lupus sont : le *lupus superficiel ou érythématoïde de Leloir* ; le *lupus myxomateux*, qui s'observe particulièrement aux oreilles, et donne aux tissus une hypertrophie

(1) Dubreuilh. *Loco citato.*

molle, quasi-fluctuante ; le *lupus colloïde* ; le *lupus verruqueux* (mains, avant-bras, pieds) ; le *lupus papillomateux* ; le *lupus scléreux* (membres) ; enfin le lupus des muqueuses dites dermiques, affectant la forme d'une nappe rouge foncé, végétante, mamelonnée, molle, saignant facilement au contact, marbrée de brides cicatricielles, mais complètement indolentes (fosses nasales, bouche, langue, palais, pharynx, paupières et conjonctives).

Pronostic. — Le pronostic du lupus est sérieux, au point de vue local et au point de vue général.

Au point de vue général, parce que c'est une tuberculose et que le sujet est exposé à la phthisie pulmonaire, et même à la granulie, malgré l'opinion, soutenue par Marfan, qu'une tuberculose locale atténuée confère à son porteur une immunité relative.

Localement, la lésion est grave. Dans sa forme ulcéreuse, elle cause parfois des délabrements hideux. Dans sa forme non ulcéreuse, elle laisse une cicatrice inévitable. fâcheuse surtout à cause de son siège, si usuel, à la face. Enfin, dans l'une comme dans l'autre, il faut toujours être réservé dans l'annonce de la guérison : bien des lupus sont rentrés en activité après avoir paru, pendant longtemps même, définitivement cicatrisés.

Le lupus, ulcéré ou cicatrisé, peut être le point d'appel d'un cancroïde cutané. (A. Broca.)

Diagnostic. — Pour faciliter le diagnostic du lupus tuberculeux, il faut bien se souvenir que cette affection est caractérisée par des ulcérations et des nodules mous, évoluant lentement pendant des années, mais ne donnant lieu à aucune douleur, ni démangeaison, et se terminant toujours par une cicatrice déformante.

Les affections, qui ne sauraient être confondues avec le lupus, sont : l'*ulcère tuberculeux*, accompagné de vives douleurs, et rempli de débris *caséeux*, avec de nombreux bacilles de Koch ; le *lupus érythémateux*, siégeant à la face, ne présentant aucun nodule, ne provoquant jamais d'ulcérations et formant des cicatrices superficielles, sans occasionner de grands délabrements, l'*épithélioma* de la face présentant des ulcérations à bords durs, généralement douloureux, n'ayant aucune tendance à la cicatrisation, enfin commençant son évolution généralement après 40 ans, le *syphilome tertiaire*, évoluant sans nodules, en placards circulaires ou polycycliques, assez réguliers, ayant une marche rapide, frappant plutôt des sujets de 25 à 30 ans, enfin se modifiant rapidement sous l'influence du traitement spécifique.

L'*actinomycose* est caractérisée par un empâtement profond, des clapiers, des fistules, et du pus grisâtre contenant des grains jaunes.

L'*Impétigo*, l'*eczéma* forment des croûtes, mais sans nodules caractéristiques, sans ulcérations, sans cicatrices concomitantes.

La *farcinose chronique* forme des ulcérations profondes, bourgeonnantes, dont le diagnostic ne saurait être fait sans examen bactériologique, ni sans inoculations animales.

Traitement. — Le traitement du lupus est *général* et local.

« Le *traitement général* est d'abord le traitement classique de la scrofule et de la tuberculose (cure d'air, cure phosphatique, chlorurée sodique).

« En outre, depuis quelques années, on a songé à employer des agents qui, introduits dans l'organisme par voie hypodermique, ont sur le tissu tuberculeux une action destructive, locale et élective. On a eu quelque espoir, au moment des retentissantes recherches de Koch sur la tuberculine, et l'action de ce médicament sur les foyers du lupus est en effet incontestable ; mais ces modifications, d'un intérêt scientifique considérable, n'ont abouti à rien de pratique; par contre, les dangers de ces inoculations sont graves, et la tuberculine, envisagée comme remède, est rentrée dans un oubli d'où elle ne paraît pas près de sortir (1).

« Il faut en dire autant pour la cantharidine, dont Liebreich a vanté les effets ; Liebreich a d'abord administré le produit par voie hypodermique, puis par voie stomacale. La plupart des auteurs qui ont cherché à vérifier ces faits, n'ont pas confirmé les résultats annoncés par Liebreich (2).

« A côté de ces tentatives, mentionnons celles qui consistent, à titre de *traitement local*, en essais divers de *sérothérapie*. Tommasoli (3) a injecté tout autour des nodules de 2 à 6/10es de centimètre cube de sérum de chien, et il n'a obtenu que des résultats passagers. Hallopeau et Roger, partant de cette donnée que, parfois, un érysipèle accidentel fait cicatriser en partie au moins, un lupus, ont inoculé sous les foyers morbides des toxines de streptocoques (4). Hallopeau admet même, en principe, que l'on soit en droit d'inoculer un érysipèle, mais on peut lui objecter qu'on ne sait jamais comment se termine un érysipèle, et qu'on favorise parfois des migrations lymphatiques.

« MM. Charrin et Broca ont tenté une sérothérapie locale, en injectant sous des ulcérations tuberculeuses de 1 à 5 centimètres cubes de sérum de chiens, rendus localement tuberculeux. Il est incontestable que les tissus subissent une modification remarquable, et ils ont obtenu dans quelques cas des améliorations remarquables, mais les résultats sont encore bien incomplets et, jusqu'à nouvel ordre, il faut s'en tenir aux anciennes méthodes (5). »

Celles-ci sont : les *scarifications* et les *cautérisations ignées*, suivies de pansements avec des pommades ou des substances antibacillaires comme le mercure, l'ichthyol, le gaïacol, l'iodoforme, le naphtol camphré.

« Les scarifications se pratiquent sans anesthésie ou avec l'anesthésie cocaïnique (2 pour 100) ou même chloroformique ; on emploie les couteaux de Vidal ou simplement une lame bien

(1) G. Thibierge. *Ann. de dermat. et de syph.*, 1890, p. 941, et 1891, p. 53. — Besnier et Hallopeau, *Ibid.*, 1891, p. 129. — Ledermann. *Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1891, p. 451.

(2) Discussion à la Soc. de méd. Berl., 20 et 27 février 1895 ; voy. *Berl. klin. Woch.*, 1895, p. 229, 235, 243. — Voy. aussi *Dermat. Zeitschr.*, 1895, t. II, p. 245.

(3) Tommasoli. *Riform med.*, 20 et 22 mai 1893, p. 483 et 495.

(4) Hallopeau. *Ann. de derm. et de syph.*, 1895, p. 1111.

(5) Broca. Traité de médecine, 1898.

affilée de rasoir, et l'on pratique, sur toute la surface malade, des incisions perpendiculaires à la peau, atteignant toute la profondeur du tissu malade.

Les incisions parallèles doivent être faites aussi rapprochées que possible, un millimètre au plus ; puis, on fait une seconde série de hachures, croisant les premières à angle aigu. Le tissu malade paraît réduit en bouillie et l'on est surpris de la rapidité avec laquelle il se cicatrise. L'hémorrhagie, très abondante à la face, est arrêtée en quelques minutes par la compression. Après l'opération, on fait un pansement antiseptique humide.

« Cette méthode, qui a l'avantage de donner de très belles cicatrices, peut être répétée toutes les semaines (1). »

Les cautérisations ignées consistent en pointes de feu très fines et profondes, pratiquées avec la pointe fine du thermo-cautère ou mieux le galvano-cautère, espacées de 5 à 6 millimètres et enfoncées dans toute la profondeur du derme malade. On les renouvelle toutes les deux ou trois semaines, et on les panse avec de l'huile mentholée et gaïacolée ; nous avons obtenu de bons résultats par les applications de solution forte d'acide lactique à 1/10 ou de naphtol camphré à 1/2.

M. *Moty* a publié, dans le *Bulletin médical du Nord*, une nouvelle méthode de traitement du lupus qui mérite d'être expérimentée.

Ce traitement est particulièrement indiqué dans le lupus non ulcéré et à nodules de moyen volume ; si le lupus est ulcéré et fongueux, il faut faire précéder les injections d'un curettage et d'un pansement naphtolé.

Le mélange à employer est de deux parties de camphre pour une partie de naphtol ; on fait les injections de la façon suivante :

On rend la peau aseptique par un lavage avec une solution de sublimé à 4 %, et on porte, au centre des nodules, une demi-goutte du liquide avec une seringue de Pravaz ; on fait trois à quatre piqûres par séance ; on laisse, entre chaque séance, un intervalle de quatre à huit jours.

C'est un procédé simple, indolent, qui permet au malade de vaquer à ses occupations et à la portée de tous les praticiens. La guérison est obtenue au bout de deux à quatre mois dans les cas légers ; elle se maintient plus longtemps qu'avec les autres modes de traitement, curettage et cautérisation. Il est utile de lui associer l'administration de l'huile de foie de morue créosotée.

M. Barbe a fait à la Société de dermatologie une communication dans laquelle il recommande l'emploi du chlorophénol, préconisé récemment par Elsenberg dans le traitement du lupus. M. Brousse avait déjà, en 1895, à la Société de dermatologie, insisté sur l'utilité de ce produit qu'il avait employé en solution à 20 p. 100 (chloroline) ; la même année, un de ses élèves, M. Chabrol, avait publié, à Montpellier, une thèse sur le traitement du lupus tuberculeux, où il citait l'histoire de deux malades traités avec succès par la chloroline.

Malheureusement si le chlorophénol présente des avantages réels, il offre un grave inconvénient : c'est d'avoir une odeur très pénétrante, mais à un tel degré que dans la clientèle de la ville, la plupart des malades en refusent l'emploi.

Les anciens auteurs recommandaient beaucoup le *curettage* de chaque nodule, au moyen d'une petite curette tranchante appropriée comme forme et comme dimensions aux nodules à extirper. « Ce procédé est fondé sur la mollesse du tissu lupique, qui permet de l'enlever en totalité, en respectant le tissu sain sur lequel la curette ne mord pas. Il est surtout applicable à de petits foyers limités à la face, au lupus des membres, même formant de grands placards, parce qu'on n'a pas à ménager la cicatrice; enfin, aux petits nodules miliaires disséminés dans la cicatrice d'un lupus ancien (1) ». L'hémorrhagie, très abondante au début, s'arrête en quelques minutes par la compression avec les tampons d'ouate hydrophile imbibés d'antipyrine ou de sublimé. On cautérise les surfaces râclées avec le chlorure de zinc au 1/10.

Enfin, on obtient encore de bons résultats avec les applications de sparadrap à l'oxyde rouge de mercure, de Vidal, renouvelées tous les deux jours.

Dr Paul Huguenin.

(1) Dubreuilh. *Loco citato.*

(1) Dubreuilh. *Loco citato.*

CORRESPONDANCE

Monsieur et très honoré Confrère,

Dans le n° 19 du *Concours* 1897, il a été publié — appuyées de mon nom — deux formules de pommade que je conseillerais dans le traitement la calvitie.

Dans le numéro du 19 juin, le sujet reparaît et les formules sont accompagnées de divers commentaires.

Si l'on avait bien voulu vérifier la source de ces formules, on aurait constaté que *je ne les ai jamais prescrites, ni l'une, ni l'autre, à qui que ce soit, pour quoi que ce soit.*

Je vous serai très obligé, Monsieur et très honoré Confrère, de publier cette rectification aux lieu et place où les formules ont été insérées et je saisis cette occasion de vous offrir l'expression de mes sentiments distingués.

Sabouraud.

26 juin 1897.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

I. — Peut-on saisir le traitement d'un médecin du bureau de bienfaisance ?

Dans son audience du 8 juin 1896, le tribunal civil de Lille a rendu un jugement, aux termes duquel, un médecin du bureau de bienfaisance, nommé par le maire et recevant un traitement annuel, doit être considéré comme un employé dans le sens de la loi du 12 janvier 1895. Cette qualité d'employé peut d'autant moins être contestée au médecin que la loi du 3 mai 1884 comprend, parmi les agents salariés de la commune, même ceux desdits agents qui exercent une profession indépendante et reçoivent une indemnité de la commune, à raison des services qu'ils lui rendent dans l'exercice de cette profession.

Dans ces conditions, si le traitement dépasse

2,000 fr. par an, la saisie-arrêt peut être pratiquée conformément aux règles du droit commun. Lorsque le traitement annuel est inférieur à la somme ci-dessus, la saisie, pour être valable, est soumise à la procédure spéciale prescrite par la loi du 12 janvier 1895 sur les saisies-arrêts.

II. — **Un médecin n'a pas le droit d'autoriser la production en justice de lettres signées de lui et se rapportant à des soins donnés à un malade.**

C'est ainsi qu'il a été jugé, il y a quelques mois, par la Cour d'appel de Douai, dans les termes suivants :

« Attendu que les médecins sont tenus à garder le silence sur ce qu'ils peuvent avoir appris dans l'exercice de leur profession ; que la violation de ce secret professionnel constitue un délit, lorsque les médecins divulguent, soit par un témoignage, soit par une déclaration écrite, le secret de ce qu'ils savent ainsi ;

» Attendu que les lettres écrites par le docteur C... se rapportent à des constatations qu'il a faites en donnant des soins au sieur F... ; qu'il n'appartient pas dès lors à ce médecin d'en autoriser la production en justice pas plus qu'il ne pouvait déposer lui-même sur ces faits ; que la justice ne peut donc sanctionner cette autorisation. »

III. — **La veuve d'un médecin peut-elle, avec le concours d'un homme de l'art, exploiter la clientèle de son défunt mari ?**

Le tribunal civil de la Seine a rendu en 1896 un jugement portant que la Société formée entre la veuve d'un médecin et un homme de l'art pour l'exploitation de la clientèle du mari défunt (dans l'espèce il s'agissait d'un cabinet de consultations pour le traitement des tumeurs et cancers du sein) est nulle par application des articles 1172 et 1833 du Code civil, c'est-à-dire comme ayant pour objet une chose qui n'est point dans le commerce.

IV. — **Droits du médecin qui accompagne son client dans un établissement thermal.** (Cour de Besançon, 2 décembre 1896.)

La Cour reconnaît au médecin le droit d'accompagner ses clients, lorsqu'il est appelé par eux, dans les cabines de bains et de douches sans autorisation préalable de l'administration des eaux. Elle dit, de plus, que le droit « d'accompagner » accordé au médecin particulier de chaque malade, ne doit pas s'entendre, évidemment, d'une simple assistance passive ; que le décret du 28 janvier 1860, en donnant au malade le droit de suivre les prescriptions de son propre médecin et en même temps de se faire accompagner par lui, indique suffisamment, par ces dispositions géminées, que c'est d'une assistance médicale qu'il s'agit ; qu'il en résulte que le médecin particulier, appelé par son client, a la faculté de donner, au personnel technique de l'établissement d'eaux minérales, dans les diverses cabines duquel il a le droit de pénétrer lorsqu'il y est demandé, les indications utiles à son malade, relativement au dosage et au mode d'emploi des eaux minérales à consommer sur place, à la température des bains, au mode d'application des douches et à leur durée, relativement enfin à tout ce qui touche à la médication balnéaire ; qu'il a le droit de surveiller, sur les lieux, l'exécution conforme de ses prescriptions.

Mais les droits du médecin s'arrêteraient là, la Cour admettant que l'administration des douches et la manipulation des appareils doivent être réservées au personnel technique de l'établissement.

V. — **La femme qui vit séparée de fait de son mari et qui jouit d'une pension allouée par ce dernier, est seule responsable des honoraires qu'elle doit à son médecin.**

D'un jugement rendu dernièrement par le tribunal civil de la Seine, il résulte que, lorsqu'à la suite d'une demande en séparation de corps, qui a été repoussée, deux époux continuent à vivre séparés, le médecin qui donne des soins à la femme, en connaissant la situation de celle-ci, n'a d'action que contre elle, si, d'ailleurs, le mari ne s'est pas reconnu débiteur envers lui et qu'il serve à sa femme une pension suffisant à ses besoins.

En pareil cas, le médecin ne peut exciper, contre le mari, d'un prétendu mandat tacite que celui-ci aurait donné à sa femme, un tel mandat ne pouvant se présumer lorsque les époux vivent séparés et que le chiffre des dépenses de la femme a été fixé par l'allocation d'une pension mensuelle.

VI. — **Non-déclaration de fœtus.**

Le tribunal correctionnel de Toulouse vient d'acquitter une sage-femme de cette ville, poursuivie pour non déclaration à l'état-civil d'un fœtus de 4 mois et demi.

Il résulte de ce jugement que la déclaration et la présentation à l'officier de l'état-civil du produit d'un accouchement survenu avant terme, ne sont pas obligatoires, et que sa suppression ne tombe pas sous le coup de la loi. En effet, le législateur, en imposant à certaines personnes l'obligation de déclarer et de présenter les nouveau-nés, et en édictant des peines contre leur suppression, s'est servi du mot « enfant » et cette expression ne peut s'entendre que d'un être organisé. En l'absence d'une définition légale, il y a donc lieu de s'en référer à l'article 312 du Code civil, qui a fixé au minimum de 6 mois, à dater de la conception, le temps nécessaire pour que l'être humain réunisse toutes les conditions organiques de l'existence et puisse être considéré comme viable.

VII. — **Non-déclaration de naissance.**

Une sage-femme, Mme Morellon, avait été condamnée récemment, par le Tribunal correctionnel de Lyon, pour infraction à l'article 346 du Code pénal. Voici dans quelles circonstances elle avait contrevenu aux prescriptions de la loi. Appelée en toute hâte auprès d'une femme en douleurs, elle était arrivée quand celle-ci venait d'accoucher et elle l'avait délivrée. Un fiacre était devant la porte ; on allait transporter l'accouchée et l'enfant à l'hospice. Elle pensa que la déclaration de naissance serait faite par les soins des employés de l'hospice. Elle apprit un mois plus tard que la déclaration n'avait pas été faite, lorsque la mère vint lui demander quel prénom elle avait donné à son enfant, et elle en prévint aussitôt le procureur de la République. Condamnée à l'amende, elle interjeta appel. La cour de Lyon l'a acquittée par un arrêt où il est dit :

« Attendu qu'il résulte de l'information que la

femme Morellon, qui avait été appelée en toute hâte pour opérer l'accouchement de la veuve B., avait nécessairement dû penser que la déclaration de naissance de l'enfant serait faite par les soins des employés de l'hospice, où la femme B... avait été immédiatement conduite, ainsi que cela se pratique constamment ;

« Que c'est, en effet, par suite d'une négligence de ces employés, que la déclaration n'a pas été faite ;

« Que la femme Morellon, n'ayant pu se rendre compte qu'elle commettait une négligence, et n'ayant pas agi sciemment, ne pouvait être déclarée coupable du délit qui lui était reproché, etc. »

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Médecins étrangers et fonctions administratives.

Monsieur le Directeur,

Ce n'est pas seulement dans l'Eure-et-Loir, qu'on peut voir l'Administration confier des charges publiques rétribuées, à des médecins étrangers, au détriment des médecins français de France.

Dans notre région, à dix kilomètres d'ici, il y a un an, un médecin arménien est venu s'installer. Peu après, il sollicitait une circonscription pour l'inspection des enfants du 1er âge. Comme certains objectaient que, n'étant pas Français, il n'avait aucun droit à l'obtenir, on leur répondait qu'il ne tarderait pas à le devenir, qu'il aurait bientôt ses papiers en règle.

Cette façon de devenir Français, quelque suspecte qu'elle puisse paraître, est encore la meilleure pour obtenir les faveurs administratives.

Quoi qu'il en soit, notre docteur arménien ne put attendre jusque-là, et bien avant d'être bombardé Français, puisqu'il n'est encore qu'Arménien et que la chancellerie est en retard, la Préfecture lui a octroyé, il y a plusieurs mois déjà, la place qu'il sollicitait. On lui a taillé une circonscription, au détriment d'un médecin voisin. Ce qui montre bien la routine incroyable où nous sommes tombés, c'est que le principal intéressé a poussé l'abnégation jusqu'à donner son consentement à cette amputation de son service d'une des plus grosses communes de sa circonscription, résidence du confrère exotique.

On lui avait fait savoir en haut lieu que, malgré son refus, on passerait outre, et le confrère lésé n'a fait aucune résistance, n'a fait entendre aucune protestation.

Après cela, l'administration et les étrangers ont beau jeu de nous tondre et même de nous écorcher, n'est-ce pas ?

Recevez, etc...

Dr X.

Il n'existe ni dans la loi Roussel, ni dans la loi Chevandier, de disposition qui interdise la nomination des médecins étrangers aux fonctions d'inspecteur des enfants du premier âge.

La première dit que les inspecteurs sont nommés par le préfet, et c'est tout. La seconde, et ceci est plus grave, spécifie que les médecins étrangers ne pourront être experts près des tribunaux. D'où l'on peut conclure qu'elle admet, par sous-entendu, la possibilité de leur nomination aux autres fonctions administratives.

Mais, est-ce une raison pour que le confrère dépossédé s'incline sans protestation, surtout quand on l'avertit si galamment, d'avoir à se taire ? Et quand donc prendrons-nous l'habitude de nous défendre, au lieu de nous lamenter ? Il était si élémentaire d'aller, avec le Président du Syndicat, voir le Préfet, en se réclamant du droit à être protégé.

On eût peut être découvert, qu'en appelant le médecin étranger, le maire de la commune où il réside, s'était porté fort de lui faire tailler une circonscription, aux dépens du confrère qui en était chargé, causant ainsi à ce dernier, de complicité avec le *confrère* étranger, un gros préjudice ; et que, placé entre un maire et un médecin, le Préfet n'hésitait pas longtemps à tenir parole pour le maire. Ainsi le veut la politique locale, dont le rôle se substitue, ici, à celui que l'on fait jouer ailleurs aux conventions internationales. Peut-être aussi n'eût-on pas obtenu que la mesure fût rapportée. Nous n'en estimons pas moins, comme notre correspondant, qu'il devait y avoir protestation, aussi formelle que possible, de la part du confrère lésé et du syndicat régional. Sinon, à quoi serviront donc les Associations professionnelles ? Et surtout les sociétés de défense ?

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat Médical des Deux-Sèvres.

14 *Février* 1897.

Présents : MM. Boudart, *Président*, Dulout, *Secrétaire*, Chatelain, Clovis, Douriff, Gaillard, Gaud, Gille, Good, Gressin, Martinau, Payard, Puy-le-Blanc, Quineman, Lenoble, Solon.

Excusés : MM. Bayoux, Escure, Guinebertière, Marion, Moreau, Prouhet, Riffé.

Le Président met à l'ordre du jour de la séance d'automne la question de l'ordre des médecins.

Le Président est chargé d'avertir l'Administration d'abus commis dans l'application du règlement de l'Assistance médicale gratuite.

Certificats aux mineurs dans l'industrie.

L'un des membres présents attire l'attention sur le fait suivant : la plupart des médecins ont reçu du Préfet une note circulaire leur demandant de délivrer gratuitement des certificats aux jeunes gens âgés de moins de treize ans et employés dans l'industrie. Or il est dit dans la même circulaire que les parents des jeunes gens pourront réclamer un examen contradictoire, lequel serait payé. Il en résulterait que le médecin de l'Administration délivrerait gratuitement le certificat médical, tandis que le confrère appelé par la famille sera payé.

Tous les membres présents protestent contre cette manie de l'administration qui sans cesse fait appel au zèle, au dévouement et surtout à la générosité des médecins.

Le Bureau est chargé de demander à l'administration que les certificats médicaux soient toujours payés.

Le Secrétaire,
Dr DULOUT.

REPORTAGE MÉDICAL

Les Sanatoria. — La période de création de ces établissements se prolonge beaucoup trop, au gré de nos désirs. Nous connaissons plusieurs Sociétés en voie de formation ; elles ont grand'peine à aboutir, à se constituer, par la raison qu'elles recherchent, avec trop de persévérance, les souscriptions des médecins. Celles-ci peuvent leur être utiles ; mais nous ne les jugeons pas indispensables.

Nous croyons que la nouvelle Société, en constitution : la *Société des Sanatoria français* (ne pas confondre avec la Société anonyme des Sanatoria de France, déclarée dissoute le 10 mars 1897 et dont le liquidateur tente en ce moment la reconstitution) est bien inspirée de ne pas compter, elle, sur l'argent exclusif des médecins. Elle recourt à une souscription publique de son capital initial de 750.000 fr. Le Sanatorium qu'elle se propose de construire sera édifié à *Clermont-de-l'Oise*, dans un site très favorable, avec l'appui de toutes les personnes influentes de cette région. Le Conseil d'Administration est honorablement composé et le Directeur est un architecte éminent, M. *Dutarque*.

La proximité de Paris est un gage de succès pour cet établissement. Lorsqu'il sera construit, nous irons nous assurer de ses conditions d'installation et nous lui prêterons, s'il y a lieu, l'appui de notre publicité. *Il nous faut des Sanatoria* et toutes nos faveurs iront à ceux qui, les premiers, nous présenteront, en France, une organisation thérapeutique irréprochable.

— *Jubilé Théophile Roussel.* — Les Médecins Inspecteurs de la protection des enfants du premier âge ayant souscrit et qui seraient désireux de recevoir le livre d'or du Jubilé sont priés d'adresser sans retard leur demande à M. le Docteur F. Ledé, Quai aux Fleurs, 19, à Paris en y joignant la somme d'un franc en un mandat-carte pour frais d'envoi par la poste.

— *Distinctions honorifiques.* — M. le Dr Lande (de Bordeaux), président de notre caisse des pensions de retraite, et M. le Dr Bertin (de Nantes), tous deux membres du « Concours médical », viennent d'obtenir le premier *la médaille d'or*, le second *une médaille d'argent*, en témoignage de leur participation dévouée aux travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité.

M. le Dr Borély, médecin de la marine, a reçu du ministre un *témoignage de satisfaction* pour les services qu'il a rendus en soignant les blessés pendant les massacres de Crète.

— *La loi sur les accidents du travail devant la Chambre.* — Le mercredi 23 juin, après avoir entendu M. Boucher, ministre du commerce, la commission parlementaire d'assurances et de prévoyance sociales, qui est chargée de l'examen du projet voté par le Sénat sur les accidents du travail, a établi, d'accord avec le gouvernement, un texte définitif.

Le ministre a beaucoup insisté, dit-on, sur l'adoption du projet voté par le Sénat, afin de ne pas retarder la promulgation de cette loi depuis si longtemps attendue.

— *Le bacille de la fièvre jaune.* — Le Dr Stanarelli a fait tout récemment à Montevideo, une conférence publique dans laquelle il a annoncé avoir découvert le bacille de la fièvre jaune. Il a déclaré que ses expériences sur l'homme lui permettent d'espérer le succès des vaccinations préventives, et la préparation prochaine du sérum curatif.

Nous en acceptons l'augure, mais les termes emphatiques des communiqués à la presse, le degré de latitude de Montevideo, le coup de la conférence publique d'emblée, le naturel enthousiaste des populations de l'Amérique du Sud, nous paraissent imposer des réserves.

— *La caisse maladie de l'Association du Rhône.* — La presse médicale de Lyon se montre peu favorable à la création récente de la Société locale. — Après le *Lyon médical* et la *Province médicale*, c'est l'*Echo* qui donne aujourd'hui son avis en ces termes :

Réflexions... Cette caisse prétend demander à ses adhérents une cotisation inférieure à celle des sociétés similaires ; cependant l'économie de ce chef est des plus minimes, car pour avoir droit à cette caisse, il faudrait, avant tout, faire partie de l'Association. Par ce fait, l'associé payerait, comme droit d'entrée, une somme annuelle de 12 francs. Avec ce droit, voyons la différence de prix avec l'Association amicale des médecins de France.

	Nouvelle caisse.	Assoc. Amic. des médecins.
A 25 ans	52 fr. + 12 = 64	65 fr.
A 30 ans	57,60 + 12 = 69,60	72
A 40 ans	72 + 12 = 80	90 etc., etc.

En somme, cette nouvelle combinaison paraît plutôt une réclame en faveur de l'Association des médecins du Rhône, forme surannée de l'assistance, dont l'unique but est de capitaliser, de présenter de belles recettes, par suite peu de dépenses, partant peu de secours, qu'un avantage pour les nouveaux sociétaires. Cette combinaison arrive trop tard : elle n'est qu'une copie de l'Association amicale des médecins de France : copie qui ne présente pas les mêmes motifs de stabilité.

— *Bibliographie.* — M. le Dr Boll (de Baugé), membre du « Concours médical », vient de publier, chez G. Paré, à Angers, un très intéressant opuscule, sous le titre de « *L'Hygiène du Paysan* ». La lecture de cet ouvrage éminemment utile nous explique les distinctions dont il a été l'objet. Le ministère de l'Agriculture y a souscrit et le ministère de l'Instruction publique l'a fait figurer sur la liste des ouvrages admis par la Commission des Bibliothèques scolaires. Notre confrère a réussi à condenser dans ce petit volume, qui sera aussi édité comme livre de prix, tout ce qu'il est bon d'apprendre aux enfants de la campagne, sans courir le risque de leur donner des prétentions à suppléer le médecin. Il dit le danger des pratiques en usage, des préjugés, des travers coutumiers, et indique les habitudes qu'il convient d'adopter, mais il évite de faire de la science. Il serait très avantageux que cet ouvrage devînt un véritable manuel à l'usage des enfants des écoles primaires, et dispensât des conférences que les instituteurs sollicitent sans cesse des médecins.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4191. — M. le docteur *Brée*, de Pavilly (Seine-Inférieure), membre de l'Association des médecins de la Seine-Inférieure.

N° 4192. — M. le docteur *Frénot*, de La Bresse (Vosges), membre de l'Association et du Syndicat des médecins des Vosges.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs *Brousse*, de Saint-Estèphe (Gironde), et *Maréchal*, de Brest, membres du Concours Médical.

Nous avons eu de nombreuses et très agréables relations avec M. le Dr Maréchal. Il jouissait de la considération et de l'estime de tous ses confrères ; il aimait à s'occuper des questions qui les intéressent et il laissera un durable souvenir dans le cœur de tous ceux qui l'ont connu.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 28 10 Juillet 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Société civile du Concours médical.

Séance du 26 juin 1897.

Présents : MM. Cézilly, Gassot et A. Maurat.

Excusé : M. Gibert.

M. le docteur Jeanne est prié d'assister à la séance.

Le procès-verbal est lu et adopté sans observation.

L'examen des comptes est fait et le Conseil décide que les fonds disponibles du capital inaliénable de la Société civile et de la Caisse de Prévoyance des assurés sur la vie, seront employés au mieux, sur le conseil de M. Chanlaire.

Revenant à la question de dichotomie, le Conseil de Direction considère comme de simples bases de discussion les propositions adoptées dans la précédente séance. Il propose à l'examen des Syndicats et Sociétés médicales le tarif présenté par M. le Dr Jeanne, auquel il donne son approbation, en faisant observer qu'il ne s'adresse nullement aux médecins de Paris et des grands centres, où des habitudes spéciales ont été prises, qui ne pourraient se concilier qu'avec des écarts considérables de chiffres.

Le Conseil décide qu'il subordonne l'organisation des *correspondants* et des propagateurs des œuvres du Concours médical, à celle d'une organisation plus générale, dont il s'occupe en ce moment.

A propos d'un médecin, dont le nom n'avait pas été maintenu sur une des listes publiées par le Concours Médical, le Conseil, après explications, est d'avis de rétablir son nom.

Le Conseil examine les diverses questions soulevées par la correspondance et donne à chaque affaire la solution qu'elle comporte.

Il s'occupe spécialement des indications fournies par les adhésions recueillies au sujet de la *Caisse des pensions des veuves et orphelins*.

La séance est levée à 4 heures.

Association amicale des médecins français.

Séance du Conseil d'administration du 26 juin 1897.

Présents : MM. Cézilly, Maurat, Jeanne, Gassot et Archambaud.

La séance est ouverte à 4 heures, sous la présidence de M. Cézilly, président.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Des indemnités de maladie sont accordées aux sociétaires suivants :

Au n°	35	pour	10 jours de maladie...		100
n°	47	»	8 »	» ...	80
n°	50	»	7 »	» ...	70
n°	82	»	3 mois	» ...	300
n°	89	»	23 jours	» ...	230
n°	100	»	25 »	» ...	250
n°	111	»	60 »	+ 18 à 3 fr. 33	659.95
n°	119	»	3 mois de maladie....		300
n°	150	»	3 »	» ...	300
n°	154	»	25 jours	» ...	250
n°	160	»	21 »	» ...	210
n°	234	»	3 »	» ...	30
n°	258	»	3 mois	» ...	300
n°	276	»	13 jours	» ...	130
n°	302	»	46 »	» ...	460
n°	321	»	7 »	» ...	70
n°	341	»	25 »	» ...	250
n°	344	»	20 »	1/2 indemnité...	100
			(amende 20 fr.)		

Conformément aux précédentes décisions, le Conseil décide d'accorder une indemnité mensuelle de 100 fr. au sociétaire n° 89 pour traitement, absolument indispensable, dans une station thermale.

Le Conseil d'Administration prononce les admissions suivantes :

Combinaison A.

MM. Dupont, de Pouilly-sous-Charlieu (Loire).
Denarié, de Chambéry (Savoie).

MM. Laval, de Negrepelisse (Tarn-et-Garonne).
Molhant, de Roisel (Somme).
Roeher, d'Orléans (Loiret).
Moullade, de Nérondes (Loire).
Albertin, de Lyon (Rhône).
Chaudeborde, de Bordeaux (Gironde).
Morizot, d'Arles (Bouches-du-Rhône).
Huguin, de Tourteron (Ardennes).
Bermondy, de Nice (Alpes-Maritimes).
Patet, de Tramayes (Saône-et-Loire).
Regoby, de Perthes (Seine-et-Marne).
Vaugrente, de Versailles (Seine-et-Oise).

Combinaison B.

MM. Pradel, de Prades (Pyrénées-Orientales).
Siguan, de Port-Louis (Bouches-du-Rhône).
Desforges, de Troyes (Aube).
Bagarry, de Marseille (Bouches-du-Rhône).
Stef, de Paris.
Audouin, de Bordeaux (Gironde).
Delagoanere, de Bordeaux (Gironde).
Roland, de Charleville (Ardennes).
Valla-Brochard, des Hermites (Indre-et-Loire).
Frenkel, de Lyon (Rhône).
Coulbaut, de Cholet (Maine-et-Loire).
Beaurieux, d'Orléans (Loiret).
Vivant, de Monte-Carlo (Principauté de Monaco).
Ribard, Elysée, de Paris.
Fassy, de Bordeaux (Gironde),
Froment, de Marseille (Bouehes-du-Rhône.)
Capitrel, de Vimoutiers (Orne).

Le Conseil refuse une indemnité de séjour aux eaux minérales au sociétaire nº 102.

Le Conseil, conformément à l'artiele 10 des Statuts, prononce la radiation des sociétaires nºs 57 et 168.

Le Trésorier donne communication de la situation au 30 juin 1897.

Espèces en Caisse.

Espèces à la Société générale.	2.317 fr. 04	5.154 fr. 96
Valeurs en portefeuille...	2.837 » 92	
300 fr. de rente 3 % à 103.65.	10.365 »	
200 fr. de rente 3,5 % à 106.90.	6.108 » 57	
30 oblig. Midi 3 % anc. à 483.	14.490 »	54.623 » 57
20 obl. Est 3 % anc. à 484.	9.680 »	
10 obl. Est 3 % nouv. à 483.	4.830 »	
15 oblig. Banque hypothécaire (Crédit foncier) à 610 fr.	9.150 »	
Total		59.778 fr. 53

Somme à laquelle il conviendra d'ajouter divers coupons encaissés par la Soeiété Générale et qui ne sont pas eneore eompris dans les comptes.

LA DÉFENSE CONTRE LA MALADIE

« Nous recommandons à nos leeteurs de lire et de relire l'étude magistrale de M. Duelaux. Il a bien voulu nous autoriser à reproduire, pour eux, son travail, paru dans la *Revue de Paris* du premier juin, travail dans lequel il nous expose des merveilles ineomparables. L'éminent maître, le digne continuateur de *Pasteur*, écrit en une langue imagée ; son style est celui d'un savant qui sait bien ce dont il parle et avec lui les notions les plus arides s'impriment fortement dans l'esprit. Sûrement tous nos confrères se joindront à nous pour lui adresser leurs remereiements et leurs félicitations. Si la *Revue de Paris* a souvent des collaborateurs eomme M. Duclaux, son sueeès ne fera que s'accroître, sous la direction de M. Lavisse. »

Depuis que la science nous a montré que les microbes sont les agents d'un grand nombre de maladies, il n'est guère personne qui ne se soit demandé comment se débarrasse d'eux un organisme qu'ils ont envahi. Ils sont si nombreux, si tenaces, si divers dans leurs procédés d'attaque, si ingénieux dans leur action ! Voici le bacille du tétanos, qui n'a besoin pour entrer que d'une éraflure à la peau, et qui, dès qu'il est installé, tue son homme en quelques heures. Voici le bacille de la lèpre, qui envahit parfois tous les téguments, les déforme, de façon à les rendre méconnaissables, fait de son hôte un monstre hideux, et le laisse vivre. Voici le bacille du choléra, qui n'agit qu'après s'être largement développé dans l'intestin, et qui ne se multiplie pas sous la peau. Voici la bactéridie charbonneuse, dont l'inoculation sous-cutanée est sûrement mortelle, et qui est inoffensive quand elle pénètre par les voies digestives. Voici le bacille diphtérique, qui ne demande que quelques centimètres carrés de la gorge d'un enfant, pour y fabriquer une toxine capable d'empoisonner rapidement tout l'organisme, et voici le bacille de la tuberculose, qui met des années à détruire le poumon ou tel autre organe d'un malade, qu'il tue en détail, en lui enlevant graduellement la joie et les moyens de vivre. A toutes ces maladies, même aux plus graves, les uns succombent, mais d'autres résistent. Comment la nature s'y prend-elle pour faire face à l'assaut de tant de côtés différents ?

Ce n'est pas tout. Les races humaines sont plus ou moins sensibles ou réfractaires à ces diverses maladies ; certains individus privilégiés échappent obstinément à des contagions qui les entourent d'un cercle de victimes. Cette immunité est parfois qualifiée de *naturelle*, ce qui est une façon abrégée de dire qu'on n'en connaît pas la cause. D'autres fois, elle est *acquise*, c'est-à-dire qu'elle résulte d'une maladie antérieure. On sait, en effet, que certaines maladies ne récidivent pas, et protègent ceux qu'elles ont épargnés, contre une attaque nouvelle. Telles sont la variole, la vaccine, le charbon de l'homme et des animaux. On connaît même, sous le nom de *mithridatisme*, une invulnérabilité aux poisons qui s'établit chez ceux qui en ont fait un fréquent, mais prudent emploi. L'organisme semble donc pouvoir s'habituer à supporter, sans en souffrir, la pénétration des bactéries et de leurs toxines. Mais cette notion n'éclaircit pas, elle redouble, au contraire, le mystère. Voici deux jumeaux, l'un vacciné et l'autre non : ils se ressemblent en tout et peuvent être l'image exacte l'un de l'autre. Ils diffèrent pourtant en un point, et cette différence n'apparaîtra que s'ils traversent un foyer de variole. Comment peut-elle être à la fois aussi invisible et aussi présente ?

Il y a longtemps qu'on se pose ces questions au sujet de la santé et de la maladie : elles datent au moins d'Hippocrate. Après être restées spéculatives, pendant des siècles, elles ont pris une forme plus nette et plus pressante dès qu'on a connu la variolisation, c'est-à-dire l'inoculation d'une variole bénigne, comme moyen de protection contre les varioles graves auxquelles nos aïeux restaient constamment exposés. Elles ont pris une tournure presque paradoxale dès qu'il fut démontré, par Jenner, que la vaccination, c'est-à-dire l'inoculation d'une certaine maladie de la vache, était un moyen moins douloureux, moins dangereux, et tout aussi sûr que la variolisation, pour se protéger contre les épidémies de variole. Comment une maladie toujours bénigne pouvait-elle garantir d'une mala-

die grave et souvent mortelle ? On se le demandait, depuis un siècle, et on se le demanderait probablement encore, si Pasteur n'avait pas introduit l'expérience dans cette question, en nous apportant le premier exemple d'une maladie à la fois bactérienne et vaccinale, c'est-à-dire produite par des bactéries, et ne récidivant pas.

Les agents de contagion de la variole, de la vaccine, nous sont, en effet, encore inconnus. On ne les voit que par les yeux de l'esprit. Ce peut être assez pour un philosophe ; ce n'est pas assez pour un savant. On voit, au contraire, la bactéridie charbonneuse. On peut la cultiver, l'isoler, la suivre dans les tissus, chercher ce qu'elle devient dans l'animal qu'elle tue, dans celui qu'elle épargne et qu'elle laisse vacciné. On peut comparer cet animal vacciné et un animal neuf, dans leur façon de réagir vis-à-vis d'une inoculation nouvelle, bref, expérimenter. Cette providentielle maladie du charbon avait pour le chercheur un autre avantage que celui d'être bactérienne et vaccinale : elle s'attaque très bien à quelques animaux de laboratoire, les cobayes, les lapins, par exemple ; elle en respecte d'autres : les poulets, les pigeons, les grenouilles. On pouvait donc étudier, avec elle, non seulement l'immunité vaccinale, mais aussi l'immunité naturelle, héréditaire, spécifique. On peut dire que ce champ d'études était admirable, sans rien enlever à la gloire de celui qui l'a découvert et le premier défriché.

* * *

Abordons-le tout de suite pour entrer en matière. Mettons-nous dans les conditions que nous supposions tout à l'heure. Prenons deux animaux pareils, de la même portée, l'un vacciné contre le charbon, l'autre non, et inoculons-leur à tous deux, sous la peau, au même point, la même dose d'une culture virulente de bacilles du charbon. Sur l'animal non vacciné, nous voyons une inflammation locale survenir, puis la fièvre, puis la maladie se dérouler avec tous ses symptômes, pour aboutir à la mort lorsque les bactéridies ont envahi le sang et, par là, tous les tissus. L'animal vacciné, au contraire, ne présente pas de gonflement au point d'inoculation, et rien, dans son aspect, dans ses allures, dans son appétit, ne revèle chez lui aucun trouble.

Voilà pour l'extérieur et le gros des phénomènes. Cherchons maintenant plus profond, puisque nous en avons les moyens. La plus simple observation microscopique nous montre que les bactéries inoculées, qui ont tout envahi chez l'animal non vacciné, ne se sont pas développées chez son frère immunisé. Elles sont restées sur place, et même elles disparaissent peu à peu. L'invasion a donc été arrêtée dès qu'elle a eu dépassé la frontière, et avant d'avoir pu prendre des forces en pays ennemi. Voilà un premier point intéressant, que l'expérience seule pouvait établir, mais qui ne nous explique encore rien.

La question capitale est, en effet, la suivante : quelle est la cause de la mort des bactéries injectées, chez l'animal vacciné ? Là-dessus, les savants se sont donné carrière. Les uns ont dit : rien n'est plus simple : les liquides de l'animal immunisé tuent les bactéridies par leur simple contact, ou, s'ils ne les tuent pas, les dépouillent de leur action nocive. Dans les cas où ils ne les modifient pas, ont affirmé les autres, il les empêchent au moins de pousser, et comme c'est la multiplication des envahisseurs qui les rend dangereux, l'animal, naturellement ou artificiellement indemne, leur échappe. Toutes ces explications, aurait fait remarquer M. Diafoirus, sont purement *humorales*, puisque ce sont seulement les humeurs de l'organisme, les excrétions, les sécrétions, les liquides imbibant les tissus, qui interviennent pour empêcher, retarder ou rendre inoffensif le développement des microbes.

Il est certain que, dans un grand nombre de cas, quand on emprunte à un animal vacciné un peu de son sang, ou de son sérum sanguin, ou de la sérosité dans laquelle baignent ses intestins, ou encore de son urine, de l'humeur aqueuse qui remplit son œil, tous ces liquides, mélangés, en dehors de l'organisme, à une goutte de culture de bactéridie ou d'un autre microbe, tuent en grand nombre, sinon en totalité, les microbes qu'ils y rencontrent. Mais cette propriété existe aussi, un peu moins marquée d'ordinaire, il est vrai, dans les humeurs d'un animal non vacciné. Ce n'est donc pas elle qui nous donnera la clef de l'énigme. Et, en effet, si les microbes, ainsi noyés dans ces humeurs, périssent en plus ou moins grand nombre, ce n'est pas qu'il y manque ce qu'il leur faut pour vivre, car ils se comportent de même dans du bouillon, qui est un bon milieu nutritif ; c'est seulement qu'ils n'aiment pas les transitions brusques. Tout changement d'habitat leur est désagréable, alors même qu'ils doivent y gagner. Quelques-uns protestent en mourant. D'autres, plus maniables et plus conciliants, s'acclimatent, s'habituent, et au bout de quelques heures, remis de leur première émotion, recommencent à pulluler.

Il faudrait donc que les humeurs d'un animal vacciné fussent mortelles, dès le début, pour tous les bacilles charbonneux inoculés, et qu'aucun ne pût mettre en jeu sa faculté d'adaptation. Or, tel n'est jamais le cas. On retrouve toujours des bactéridies vivantes, au voisinage du point d'inoculation, et cela, après des heures et même des jours. On en voit même qui ont grandi. Une simple inspection microscopique montre qu'elles sont toujours là, menaçantes, mais maintenues par une résistance autre que celle des liquides dans lesquels elles baignent. Il y a d'ailleurs un autre argument qui conclut dans le même sens. Tous ces phénomènes, qu'on suppose dus au contact des humeurs, la mort des bacilles inoculés, leur diminution de virulence, ne s'observent dans ces humeurs que lorsqu'on les a retirées de l'organisme, c'est-à-dire qu'on a changé les conditions naturelles de leur action. Quand on les laisse en place, quand, par exemple, on inocule la bactéridie dans la chambre antérieure de l'œil lui-même, au lieu de l'inoculer dans l'humeur aqueuse extraite de cette chambre, on voit que la culture se fait facilement et donne des générations nouvelles très virulentes. Ainsi, les théories humorales ne nous disent rien. Elles contiennent une part de vérité que nous dégagerons tout à l'heure ; mais elles semblent impuissantes à nous expliquer pourquoi, dans notre expérience, la culture de bactéridies s'arrête chez l'animal vacciné du charbon, tandis qu'elle est si rapide et si abondante chez son frère de lait, qu'on a laissé réduit à ses propres forces.

* * *

Il faut donc chercher ailleurs, et scruter de plus près ce qui se passe. Suivons assidûment, pour cela, au microscope, le sort des bactéridies inoculées à nos deux animaux : nous verrons que, pendant les deux premières heures, elle se comportent à peu près de même. Après la période de souffrance résultant du changement de milieu, elles commencent à se multiplier. Puis apparaissent des différences. Tandis que cette multiplication s'accomplit sans obstacle dans l'animal normal, et que les bactéridies y restent aussi libres que dans un bouillon de culture, on voit apparaître au voisinage du point d'inoculation, chez l'animal vacciné, un nombre de plus en plus grand de ces cellules vivantes que l'on appelle *globules blancs* ou *leucocytes*. Ces cellules sont les seules de nos tissus qui aient des mouvements propres. Elles sont formées d'une matière muqueuse qu'elles étirent sous forme de tentacule, de bras, dans la direction vers laquelle elles veulent marcher. Elles fixent l'extrémité de ce bras, et tirent sur lui pour avancer. Or quand un bacille est à leur portée, c'est vers lui qu'elles se dirigent : elles le saisissent dans un de leurs tentacules, et l'attirent, ou plutôt se l'incorporent en

l'entourant de leur masse diffluente. Puis elles recommencent sur un second, sur un troisième, de sorte qu'on voit quelquefois des leucocytes bondés, bourrés de bactéridies.

Voici donc qu'il nous apparaît quelque chose d'essentiellement différent de ce que nous observions tout à l'heure. Au lieu d'une action des liquides de l'économie, c'est une action de certaines cellules de l'économie, et notre théorie, au lieu d'être *humorale* devra porter le nom de théorie *cellulaire*, si nous réussissons à y trouver une explication de l'immunité.

Nous n'avons pour cela qu'à suivre la voie lumineuse tracée dans la science par M. *Metchnikoff*, l'initiateur de cette doctrine nouvelle. Sans doute, on savait avant lui que les globules blancs pouvaient absorber des poudres inertes ou des pigments colorés, introduits dans les tissus, se réunir sous forme de pus autour de certains corps étrangers, d'une écharde par exemple. Mais, que ces mêmes cellules blanches fussent la pièce maîtresse de notre lutte contre les microbes, c'est ce que tout le monde ignorait et ce que M. Metchnikoff nous a rendu l'immense service de nous apprendre. Je voudrais montrer avec quelle netteté.

Nous venons de voir les leucocytes procéder à la capture des bacilles. Ce n'est pas, bien entendu, par pur dilettantisme, par amour du bien, qu'ils agissent ainsi. Pour eux, le microbe est un aliment, qu'ils humectent, et travaillent avec leurs sucs digestifs ; peu à peu, le bacille se désorganise, se réduit en tronçons d'abord, en granulations ensuite, et finalement disparaît du corps du leucocyte. C'est une véritable digestion qui s'accomplit, qu'on peut suivre de l'œil, au microscope, en profitant de ce que la bactéridie intacte se teint fortement aux dépens de certaines matières colorantes, qui lui donnent des teintes d'autant moins foncées qu'elle est plus désagrégée, et la laissent incolore quand elle est fondue dans la matière du leucocyte. On dit alors de celui-ci qu'il est devenu un *phagocyte*, un *mangeur de microbes*, et on devine l'intérêt que nous avons à nous découvrir des auxiliaires aussi bien outillés pour la lutte et la victoire.

Nous ne profitons pas seulement de leur cannibalisme : ils mettent encore à notre service une vigilance incessante. Ils sont, en effet, en circulation permanente dans l'organisme. Le sang en charrie des quantités considérables, et les répartit partout. Ils ont, en outre, la faculté, découverte par Cohnheim, de quitter les vaisseaux pour pénétrer dans les tissus, où ils font constamment leur ronde, et trouvent toujours à s'employer. Tous les leucocytes ne sont pas, il est vrai, des phagocytes : il y a dans la lymphe des petites cellules blanches qui n'englobent pas les microbes. En revanche, les colonnes volantes de phagocytes mobiles sont renforcées par des phagocytes fixes qui, en différents points du corps, happent les bacilles qui passent à leur portée. Telles sont les cellules qu'on trouve étroitement appliquées contre les parois des vaisseaux sanguins, surtout les cellules en étoile décrites par Kuppfer, dont les rayons sont des espèces de tentacules. Telles sont aussi les cellules de la pulpe de la rate et de la moelle des os, quelques cellules du tissu conjonctif, et aussi parfois des cellules nerveuses, comme les cellules ganglionnaires qui englobent les bacilles de la lèpre. Bref, en dehors de cette gendarmerie mobile qui circule constamment dans notre organisme pour y mainnir l'ordre, et y *chambrer* tout élément perturbateur, il y a partout des postes de police et, au moins un poste central, la rate, qui est une sorte de souricière dont on ne sort que si on n'a éveillé au passage aucun soupçon.

Tout ceci doit nous inspirer un certain respect pour les phagocytes qui, dans notre expérience, sont entrés en fonction autour du point d'inoculation. Remarquons en outre combien le problème se simplifie, dès qu'on leur découvre un rôle. Quand Delafond et Davaine disaient, il y a quelque trente ans, qu'une bactéridie microscopique peut tuer un bœuf, il y avait une telle disproportion apparente entre la cause et l'effet que tout le monde se récriait, même à l'Académie des sciences. La lutte ne semble plus aussi inégale et la question perd un peu de son mystère quand on sait que les bactéridies ont pour ennemi, non l'organisme du bœuf tout entier, mais son bataillon de leucocytes, qui sont aussi des infiniment petits, dont les forces et le nombre sont du même ordre de grandeur que les forces et le nombre des envahisseurs.

Nous ne savons pas ce qu'il y a de leucocytes dans le corps d'un homme. Nous pouvons seulement évaluer approximativement le nombre de ceux qu'il charrie dans son sang. En admettant, d'accord avec les résultats moyens de M. le docteur Malassez, qu'il y en ait mille fois moins qu'il n'y a de globules rouges, leur poids total serait d'environ deux décigrammes par litre de sang. Or, la plus médiocre des cultures de microbes, dans un litre de bouillon, pèse davantage, et il y a, par exemple, plus de deux décigrammes de bactéridies par litre, dans le sang d'un animal qui meurt charbonneux. Donc, au début de la lutte, au point d'inoculation, les forces en présence sont du même ordre et, comme dans nos batailles, la victoire est à qui amènera le plus vite les gros bataillons.

Il ne faut pas, en effet, que la joie de notre découverte de la phagocytose nous fasse oublier qu'elle ne nous explique encore rien. Nous voyons bien que, chez l'animal vacciné, ce sont les leucocytes phagocytaires qui sont chargés de détruire les microbes, et qui sont en nombre suffisant pour cette tâche. Mais il y a aussi des leucocytes dans l'animal non vacciné. Pourquoi ne remplissent-ils pas le même office ? Bien mieux, chez l'animal vacciné, il n'y avait que peu ou pas de leucocytes au point d'injection, au moment de l'inoculation. Ils y viennent peu à peu. On voit peu à peu se développer en ce point les phénomènes généraux de l'inflammation, tension des tissus, rougeur, afflux des cellules blanches. Quelle force invisible attire ces dernières, qui circulaient dans les vaisseaux ou faisaient leur ronde aux environs ? Vous me dites que c'est leur appétit : mais n'y a-t-il pas un peu de mysticisme à nous représenter les leucocytes comme avertis à distance, à des distances qui, grandies proportionnellement, représenteraient pour nous des kilomètres, de l'existence d'un ennemi, même d'un ennemi bon à manger. Il est possible, à la rigueur qu'ils soient présents, dans le voisinage, en nombre suffisant. Mais comment se fait-il qu'ils arrivent en foule et se mettent tout de suite à l'œuvre chez l'animal vacciné, tandis qu'ils restent rares et inactifs chez l'animal neuf ? Tant que nous n'aurons pas répondu à ces questions, nous ne pourrons pas nous flatter d'avoir résolu le problème que nous nous étions posé.

* * *

Et d'abord, pourquoi les leucocytes de l'animal normal ne se comportent-ils pas comme ceux de l'animal vacciné ? Ceux-ci auraient-ils subi une sorte d'éducation, du fait de la maladie vaccinale ? Si invraisemblable que cela paraisse, tel est en effet le cas. Mais l'invraisemblance n'existe que pour ceux qui ne sont pas très au courant des phénomènes de la vie cellulaire. Les grands organismes que nous avons sous les yeux, et sur lesquels nous nous repérons inconsciemment, pour nous faire une idée de la vie, nous apparaissent comme des machines construites en vue d'un but, et qui ne s'en laissent pas détourner : ils n'ont pas de plasticité. Ce sont des ensembles compliqués et délicats qui fonctionnent bien tant qu'ils sont complets, mais que le moindre organe faussé, la moindre cheville absente détraque. Il en est tout autrement pour les divers éléments qui les composent, pour les cellules des divers tissus dont le corps est formé. Celles-ci sont en général plus libres d'allures : elles ont conservé une sorte d'indépendance qui fait qu'elles peuvent changer plus

ou moins, sans cesser de remplir le même rôle dans la même communauté. Nous avons vu tout à l'heure les cellules microbiennes s'adapter à un nouveau milieu, apprendre à en tirer parti, après une période de transition et de souffrance, y acquérir, en somme, une propriété qu'elles n'avaient pas. De même, nous voyons les cellules constitutives de nos tissus s'habituer à notre alimentation variée. Toutes ces cellules sont pourtant des êtres déjà assez différenciés, pourvus d'une enveloppe résistante. La plasticité doit être encore plus grande chez des êtres comme les leucocytes, qui sont dépourvus de membrane extérieure, n'ont, par suite, aucune forme propre et persistante, et sont faits d'une petite masse de gelée vivante, de protoplasma.

Rien ne serait sans doute plus facile que de montrer ces phénomènes d'acclimatation ou d'accoutumance sur les leucocytes, s'il était possible de les maintenir pendant quelque temps vivants en dehors de l'organisme. On peut au moins les observer sur des êtres qui leur ressemblent beaucoup, en ce qu'ils sont, eux aussi, réduits à une masse protoplasmique nue, et mobiles au moyen de tentacules qu'ils fixent à distance et sur lesquels ils se halent. Ce sont le myxomycètes, végétaux visibles à l'œil nu, et qui ressemblent à une gelée spumeuse. Déposez-les sur les parois d'un vase de verre, à petite distance d'une infusion de feuilles mortes : vous les verrez se diriger vers la surface du liquide et y plonger leurs filaments tentaculaires pour s'en imprégner. Remplacez à ce moment, tandis qu'ils sont en fonction, l'infusion de feuilles par un autre liquide, par exemple par une solution sucrée s'élevant à la même hauteur dans le vase. Un mouvement de répulsion se manifeste : les filaments tentaculaires, plongés dans le liquide, se rétractent et le quittent. Puis, si la solution n'est pas trop concentrée, après quelques heures d'hésitation, ils reprennent le chemin du liquide, et s'y enfoncent à nouveau. On peut encore les forcer à fuir, en augmentant la dose de sucre, mais l'effet est encore momentané, et l'accoutumance se fait. Par contre, une fois habitués aux solutions sucrées, les myxomycètes reculent quand on les remet au régime de l'infusion de feuilles, et ne lui reviennent qu'après quelques heures de réflexion. Bref, on peut faire leur éducation, les acclimater dans des milieux nutritifs variés, leur faire fuir ce qu'ils ont aimé et, aimer ce qu'ils ont fui, et c'est là une faculté qui, plus ou moins développée, existe dans tous les organismes cellulaires.

Les leucocytes ont, de même, conservé dans les tissus, en même temps que leur indépendance, une grande puissance d'adaptation dont nous pouvons profiter. Les exemples suivants vont nous dire comment.

Imaginons que nous inoculions, avec une même bactéridie virulente, un chien et un mouton. Le mouton meurt. Le chien résiste. Pourquoi ? C'est que, par nature, les leucocytes du chien vont au point d'inoculation, et engagent assez tôt la lutte avec les bactéridies, pour en triompher. Les leucocytes du mouton, au contraire, sont indifférents vis-à-vis de l'excitation provoquée par la pénétration de la bactéridie, dans les tissus. Ils n'engagent avec le parasite qu'une lutte molle. Pendant qu'ils saisissent quelques microbes, comme ils le feraient d'un corps étranger quelconque, d'autres bacilles se multiplient, d'autant plus vite qu'ils sont plus virulents et plus habitués à vivre dans l'organisme du mouton, de sorte qu'ils réussissent assez vite à tuer leur hôte.

Mais ce même mouton, qui succombe à une inoculation virulente, est doué d'une certaine immunité vis-à-vis d'un virus affaibli, d'un vaccin, avec lequel ses leucocytes luttent dans des conditions plus égales. C'est alors un peu chez lui comme chez notre chien de tout à l'heure, sauf que l'ennemi, n'est pas saisi et dévoré dès son entrée dans la place. Il y a un commencement d'envahissement, c'est-à-dire un commencement de maladie, au cours de laquelle les leucocytes, qui ont eu le temps de s'accoutumer et de s'aguerrir, finissent par rester victorieux. Cette accoutumance, cette expérience du danger qu'ils ont conquise pendant la maladie vaccinale, ils la conservent plus ou moins longtemps, pendant que dure l'immunité, et si, dans cette période, le danger reparaît, ils sont outillés et préparés. Les leucocytes du mouton peuvent, au prix d'une maladie bénigne, être instruits à faire ce que les leucocytes du chien font, naturellement, vis-à-vis de la bactéridie charbonneuse, et, d'une manière générale, la phagocytose et l'immunité sont tellement connexes, qu'on peut prédire à l'avance quel sera le sort de l'animal inoculé, rien qu'en cherchant comment ses leucocytes se comportent, à l'origine, contre les microbes injectés dans ses tissus.

* * *

Nous avançons dans notre étude, mais nous ne sommes pourtant pas encore au bout, car il nous reste à comprendre comment les leucocytes, qui font leur ronde autour du lieu d'inoculation, ou qui sont charriés par le sang dans des vaisseaux clos, sont appelés au point précis où ils peuvent rencontrer des parasites et les englober. Ici encore, nous allons trouver un sujet de surprise. Le chien est appelé de loin vers le gibier par son odorat : c'est par une sorte d'odorat que les leucocytes sont guidés vers les microbes qui peuvent leur servir d'aliment. Ici, comme tout à l'heure, la science ne s'est pas trouvée, quand elle a découvert ce fait, en présence d'une notion tout à fait nouvelle. On connaissait déjà, chez certaines cellules mobiles, des phénomènes qui ne peuvent s'interpréter qu'avec l'hypothèse d'une sorte d'odorat. Ainsi les cellules reproductrices de certaines fougères sont attirées à distance par des solutions d'acide malique ; celles de certaines mousses par des solutions sucrées. Les tanneurs connaissent sous le nom de *fleurs de tan*, des amas parfois énormes de myxomycètes, réunis en une masse gélatineuse et d'apparence bien inerte. Et pourtant les individus qui composent cette masse flairent à distance les aliments qui leur plaisent, roulent les uns sur les autres jusqu'à ce qu'ils les aient atteints, et on peut faire parcourir à cette gelée vivante de grands espaces, la faire monter par exemple au sommet d'un bâton en lui présentant quelque chose qu'elle aime et qu'on lui retire à mesure qu'elle avance.

C'est d'une faculté analogue que sont doués les leucocytes, avec plus de sensibilité seulement et plus de finesse de perception. Ils ont des substances qu'ils recherchent, d'autres qu'ils dédaignent ou qui les repoussent, et ils sont prêts à nous les indiquer si nous les interrogeons adroitement. Voici comment font MM. Massart et Bordet. Ils forment, en faisceau, une douzaine de tubes de verre, fins comme un cheveu, fermés par un bout, et contenant chacun une petite colonne d'un liquide différent : dissolution de sucre, d'acides tartrique, citrique, malique, de peptone, bouillon ordinaire ou liquides de culture de divers microbes, etc. Puis, le faisceau lié, ils l'insèrent délicatement dans le sac lymphatique d'une grenouille où ils le laissent séjourner quelques heures. Au bout de ce temps, les leucocytes ont eu le temps de faire et surtout de manifester leur choix. On les trouve, en effet, formant un bouchon, plus ou moins épais et compact, dans tous les tubes qui contiennent les substances qu'ils aiment, pendant qu'à côté restent béantes les ouvertures des tubes qui ne les attiraient pas.

Étant donné leur nombre, on peut dire qu'ils sont venus de loin prendre part à la fête ; mais ils ne se trompent pas de cabaret. Les comptoirs qui débitent de l'alcool, du chloroforme, de l'acide lactique, sont tout à fait désertés. Il en est de même de ceux où l'acide lactique, qu'ils fuient, serait mélangé de bouillon, qu'ils aiment. Il en est de même, encore, de ceux où le seul appât est un bouillon de culture du bacille du choléra des poules. Une cul-

ture du vaccin charbonneux attire au contraire les leucocytes, surtout chez le lapin, dont les cellules blanches n'ont pas, ainsi qu'il fallait s'y attendre, exactement les mêmes goûts que celles de la grenouille.

Voilà donc démontrée l'existence, chez nos cellules phagocytaires, d'un flair conducteur qui les rassemble au point où elles peuvent être utiles. Et nous voyons en même temps, par l'exemple ci-dessus, à côté de l'effet, la cause qui le produit. Des bacilles du vaccin charbonneux, introduits sous la peau d'un lapin, y apportent ou y créent un peu de liquide de culture qui attire les leucocytes : la lutte commence, et peut tourner au profit de l'animal, pourtant très sensible à cette maladie. Inoculons, au contraire, sous la peau d'un autre lapin, le microbe du choléra des poules : la culture n'est pas attirante, les leucocytes restent inertes, le bacille pousse en liberté, et l'animal meurt.

Nous pourrions citer beaucoup d'exemples analogues : ceux-ci, qui aboutissent à une guérison ou à une mort rapide, suffisent pour nous donner la notion de ce qui se passe ; si on veut bien maintenant, dans une vue générale, se représenter que les degrés intermédiaires entre ces deux extrêmes sont occupés par des maladies telles que la tuberculose, où la lutte entre microbes et phagocytes peut durer des années sans être décisive, on aura une idée suffisante de ce qu'est une maladie microbienne et du mécanisme de la guérison.

*
* *

Toute cette théorie, dira-t-on, est bien anthropomorphique, et les termes mêmes dont on se sert pour l'exposer, lui donnent un petit air civilisé qui est bien surprenant. — Prenez garde, répondrai-je, que j'ai cité des faits avant d'en donner l'interprétation. C'est l'interprétation seule qui peut vous paraître anthropomorphique. Mais les faits n'en sont pas moins probants, de quelque façon que vous vouliez les habiller dans votre pensée. Connaissez-vous d'ailleurs une explication de faits objectifs dont vous ne tiriez pas tous les éléments de vous-même ? Vous êtes surpris de voir assimiler les leucocytes à des animaux ou même à des hommes, de leur découvrir des instincts, des goûts, des préférences, des répulsions, des habitudes, et même la souplesse qu'exige toute éducation. Mais si les ressemblances existent, il faut bien les traduire dans notre langue, et rapprocher le leucocyte de l'homme, à moins qu'on ne préfère assimiler l'homme à un grand globule blanc.

Peu importent, du reste, les idées et les mots par lesquels se traduit une théorie. Elle ne vaut que par le nombre des faits connus et inexpliqués qu'elle explique, par le nombre des faits nouveaux qu'elle permet de découvrir. Il faudrait de longs développements pour dire tout ce qu'à ce double point de vue nous devons à la théorie des phagocytes. Je me bornerai à quelques exemples.

Rien n'est plus commun que d'entendre accuser le froid d'avoir provoqué un rhume, une fluxion de poitrine, une attaque ou même une épidémie de diphtérie ou de grippe. Comment a-t-il pu agir ? Il n'a sûrement pas fait naître de toutes pièces les microbes de ces diverses maladies. Il n'a pu que favoriser leur intervention ou leur action.

L'ancienne médecine, qui ne connaissait pas et a, pendant longtemps, voulu ignorer les microbes, s'était tirée d'embarras, en présence de ces questions, en créant de toutes pièces des miasmes, des diathèses, des prédispositions morbides, et en faisant apparaître de temps en temps un *génie épidémique* devant lequel tout le monde tirait son bonnet. C'était s'esquiver sans répondre. Mieux informés aujourd'hui, nous pouvons dire : le froid ne fait pas naître le microbe, mais il engourdit et paralyse le leucocyte chargé de lutter avec lui.

Encore un *mot*, dira-t-on ? Non, un fait. Choisissons, pour l'étudier de près, une expérience célèbre de Pasteur. Une poule, qui résiste à une inoculation charbonneuse virulente quand on la remet dans sa cage, après l'avoir injectée, y succombe quand on la refroidit en lui maintenant les pattes et les jambes dans l'eau. Pourquoi ? C'est que, sur la poule normale, les leucocytes suffisent à leur besogne ; on les voit en effet affluer au point d'inoculation. Sur la poule refroidie, les leucocytes n'arrivent plus ; ils sont plus sensibles au refroidissement que l'animal qui les porte, plus surtout que les bactéridies inoculées, et celles-ci se multiplient en liberté. Remplaçons la poule par une grenouille, et ce sera l'inverse. Dans de l'eau ordinaire, elle ne succombe pas à l'inoculation. Elle meurt du charbon, au contraire, comme l'a montré M. Gibier, quand on l'a peu à peu habituée à vivre dans l'eau tiède. A cette température, ses leucocytes sont moins actifs ; la bactéridie l'est davantage et tue l'animal.

Voici encore, dans une expérience curieuse de MM. Nocard et Roux, un cobaye à qui on inocule le bacille du charbon symptomatique. L'animal résiste. A un autre cobaye tout pareil, vous faites la même inoculation, en l'accompagnant de quelques gouttes d'acide lactique étendu d'eau. L'animal meurt. Pourquoi ? L'acide lactique serait-il toxique par lui-même ? Nullement. Mais nous avons vu plus haut qu'il repousse les leucocytes. Il les a empêchés d'arriver dans la plaie d'inoculation et d'y faire leur œuvre d'assainissement.

On peut encore les laisser arriver sur les lieux, mais les employer à autre chose. Il suffit de contuser le membre au point d'inoculation, de briser l'os dans le voisinage, bref, de donner de la besogne aux leucocytes qui sont à la fois les policiers et les balayeurs de l'organisme, chargés d'en faire disparaître tous les éléments morts ou détériorés. Mais ils ne peuvent pas faire tout à la fois, et pendant qu'ils travaillent à réparer les désordres matériels causés par la contusion ou la fracture, les microbes, qu'ils englobent facilement dans un membre sain, prennent le dessus parce qu'ils ont libre carrière.

Nous venons d'intervenir en faveur des microbes par une action extérieure. Nous pouvons aussi intervenir contre eux et faire de la thérapeutique. En inoculant dans la cavité abdominale d'un animal une culture de vibrions du choléra, on peut déterminer chez lui une péritonite, mortelle en quelques heures. C'est que, dans les liquides de cette cavité, les cellules phagocytaires sont rares. Mais nous pouvons les y appeler en profitant de ce qu'elles aiment le bouillon, ainsi que nous l'avons vu plus haut. Faisons quelques heures à l'avance, dans l'abdomen, une injection de quelques centimètres cubes de bon bouillon ; puis, quand les leucocytes sont arrivés, injectons les bacilles cholériques. C'est les faire tomber dans une embuscade : le stratagème réussit, et l'animal est sauvé.

Nous pouvons jouer avec plus de maîtrise encore de l'instrument que nous venons de découvrir. Inoculons à un animal une culture de bacilles dangereux et que les leucocytes absorbent. Puis, au bout de quelques heures, quand la capture est terminée, et qu'il ne reste plus aucun bacille libre, ce dont il est facile de s'assurer au microscope, tuons avec du chloroforme les leucocytes bourrés des bacilles qu'ils ont englobés, mais qu'ils n'ont pas eu le temps de digérer. La destruction des cellules phagocytaires remet en liberté les microbes, qui pullulent, et l'animal, qui était sauvé, meurt.

On peut faire autrement l'expérience. On peut tuer les leucocytes sans chloroforme, en allant puiser dans l'organisme quelques gouttes du liquide qui les contient, et en les abandonnant à eux-mêmes. Les leucocytes morts, les bacilles qu'ils englobaient deviennent libres, peuplent le liquide où ils étaient jusque-là empêchés de pousser, et, lorsqu'ils sont devenus assez nombreux, peuvent tuer, si on les réinocule, l'animal auquel ils ont été empruntés. Remarquons, en passant, l'intérêt nouveau de cette expérience. Elle nous montre que les bacilles englobés par les phagocytes ne sont ni morts ni at-

ténués au moment où ils sont happés, qu'ils sont en pleine possession de leur virulence. Ce n'est que peu à peu, et quelquefois même lentement, qu'ils sont détruits par les sucs digestifs des leucocytes. Et nous nous rappellerons utilement ici une promesse faite au commencement de cet article. Nous avons vu que du sang, du sérum, des humeurs variées pouvaient quelquefois, en dehors de l'organisme, détruire certains microbes par simple contact. Dans un grand nombre de cas au moins, cette propriété leur vient des leucocytes qu'ils contiennent, et qui, mourant dès qu'ils sont retirés du corps, laissent diffuser dans le liquide ambiant leurs diastases digestives.

* * *

Il n'est pas nécessaire, je pense, d'entrer dans plus de détails au sujet du mécanisme mis en œuvre pour repousser les agressions microbiennes. Je pourrais donc, à la rigueur, m'arrêter ici. Mais il faut être beau joueur, quand on a tant fait que de prendre les cartes, et que la partie n'est pas finie. Je n'ai encore parlé que de l'immunité microbienne, de celle qui empêche ou arrête le développement du microbe inoculé, de celle que communiquent les vaccinations préalables, c'est-à-dire, comme nous venons de le voir, l'accoutumance donnée à certaines cellules de l'organisme. Cette immunité sert surtout, d'après ses origines, à garantir contre une maladie à venir; elle est surtout *préventive*. Son type est la protection contre la variole, conférée par la vaccine.

Je n'ai encore rien dit de l'immunité *curative* que confèrent les sérums thérapeutiques contre le tétanos, la diphtérie, la fièvre puerpérale, la peste. Ces maladies sont, comme nous l'avons vu, des maladies toxiques. On peut en reproduire les principaux symptômes et la terminaison fatale en inoculant, après l'avoir débarrassé de tout élément vivant, le liquide de culture des bacilles qui les produisent. Elles sont donc produites par des matières solubles que ces bacilles forment sur le point, parfois très limité, qu'ils occupent, la plaie tétanique, le bubon pesteux, la fausse membrane diphtérique. Emportés par la circulation, ces poisons bactériens vont ébranler et détruire tout l'organisme.

On pourrait sans doute, pour toutes ces maladies, mettre en jeu les actions que nous avons étudiées plus haut, supprimer l'effet en supprimant la cause, et c'est, en effet, le service que nous rendent souvent nos leucocytes sans que nous en ayons conscience. Beaucoup d'entre nous ont souvent dans la gorge le microbe de la diphtérie sans s'en douter, tant notre service sanitaire est actif et silencieux. Si un refroidissement, une cause quelconque paralyse les agents qui en sont chargés, le microbe se développe et la maladie éclate. C'est alors qu'intervient le sérum sauveur. Sur quoi agit-il, et par quel mécanisme ?

La question est encore à l'étude, et par prudence je dois être bref. Je voudrais pourtant donner une idée de l'orientation de la science sur cette question, et de ses premiers résultats. Je me servirai pour cela d'un récent et suggestif mémoire de MM. Metchnikoff, Roux et Salimbeni, relatif au choléra. Ce travail n'a pas frappé l'attention autant qu'il le mérite, et je voudrais montrer qu'il contient de féconds enseignements.

J'ai dit plus haut qu'on pouvait provoquer chez les animaux une péritonite cholérique en injectant, au milieu de leurs intestins, des bacilles virulents. Cette péritonite n'est pas le choléra, maladie surtout toxique. C'est une maladie microbienne, et on peut en trouver un vaccin préservateur. On peut habituer les leucocytes d'un lapin à se jeter dès l'origine sur les bacilles injectés et à les faire disparaître. Le sérum d'un premier animal ainsi vacciné peut à son tour servir à en vacciner un second, c'est-à-dire à faire l'éducation des leucocytes d'un animal neuf. Nous n'avions pas encore vu cette transmission du vaccin par l'animal vivant ; mais, sauf ce détail nouveau, nous sommes encore dans le domaine des faits que nous venons d'exposer.

Voici maintenant l'imprévu. Le choléra est une maladie toxique produite par le développement des bacilles, non plus autour de l'intestin, comme tout à l'heure, mais dans l'intestin. Lorsqu'il éclate, lorsque son poison circule, c'est que les bacilles sont maîtres de la place. Il est alors trop tard pour agir sur eux, et, en effet, le sérum vaccinal dont nous parlions tout à l'heure reste sans effet. A un mode d'attaque nouveau, il faut opposer une défense nouvelle. On peut heureusement, en mithridatisant un animal avec des toxines cholériques, en l'habituant peu à peu à en supporter des doses de plus en plus fortes, réaliser sur lui le même miracle que pour la diphtérie, faire que son sang soit préservateur, neutralise l'effet du poison cholérique chez l'animal auquel on l'inocule. On peut, en un mot, obtenir un sérum thérapeutique dont l'introduction dans l'organisme d'un cholérique arrête chez lui le cours d'une maladie déclarée, comme le sérum antidiphtérique arrête l'empoisonnement d'une diphtérie, comme le sérum antipesteux guérit un cas de peste.

Voilà donc deux sérums anticholériques qu'il ne faut pas confondre. Le premier est actif contre la péritonite cholérique. Il sert à faire l'éducation des leucocytes, il est préservateur, vaccinal. Il ne peut donc rien contre le choléra intestinal déclaré. Ce n'est plus le temps d'instruire les pompiers quand la maison brûle. Il faut alors employer le second sérum, le sérum antitoxique, qui, lui, n'est pas plus vaccinal que le premier n'était thérapeutique, mais qui neutralise, dès son arrivée dans l'organisme, l'effet du poison microbien, et remet sur pied le malade.

Si j'ajoute que certains poisons végétaux se comportent de même et ont leurs sérums guérisseurs, que M. le Dr Calmette fabrique à Lille un sérum antivenimeux qui annihile l'effet des morsures des serpents les plus dangereux, on verra que nous sommes sortis complètement du domaine microbien. Nous sommes dans cette voie féconde ouverte par Behring pour le tétanos et la diphtérie, la voie des actions antitoxiques.

* * *

Si nous voulons les comprendre, la première chose à faire est de nous demander ce que c'est qu'un poison. C'est, nous a dit Claude Bernard, dans la grande majorité des cas, et pour les poisons les plus actifs, une substance qui fait choix, dans l'organisme, de certains éléments anatomiques qu'elle anesthésie ou qu'elle tue. Tant qu'elle n'est pas arrivée à leur contact, elle passe inaperçue. Quand elle les touche, des désordres éclatent, d'autant plus violents que l'élément atteint était plus important dans le jeu organique. Cellules nerveuses, musculaires, globules rouges, globules blancs, chacune des unités vivantes de notre corps a ainsi son poison ou ses poisons particuliers, qui deviennent par là des poisons de l'ensemble.

Cette façon de poser la question amène tout de suite une première simplification, du même ordre que celle que nous avons rencontrée plus haut quand, pour nous expliquer la disproportion entre la cause et l'effet dans la maladie du charbon, nous avons pu opposer à la masse de l'invasion microbienne, non plus la masse beaucoup plus considérable de l'animal envahi, mais la masse seule de ses leucocytes. Ici, de même, il y a disproportion : un milligramme de certains venins peut suffire à tuer un homme. Mais quand on songe que le poison emporté par la circulation n'agit que lorqu'il se fixe sur certaines cellules, qui peuvent être d'autant moins nombreuses qu'elles sont plus importantes, on retrouve l'équilibre entre le poids total des éléments intoxiqués et le poids de leur toxique.

Les choses étant ainsi, un contrepoison, un sérum antitoxique est une substance qui empêche les cellules intoxicables de céder au poison. Par quel

mécanisme, on l'ignore encore et on le cherche. Mais tout ce que nous avons besoin de savoir pour le moment, c'est que le mécanisme met en jeu des actions cellulaires, comme les sérums préventifs mettaient en jeu des actions leucocytaires. Ainsi les divers sérums thérapeutiques s'adressent chacun au groupe de cellules qu'est en train de tuer le poison bactérien, ou végétal, ou animal, contre lequel on les emploie, et le sauvent de la destruction. De sorte qu'un certain nombre des éléments anatomiques d'un homme qui relève d'une maladie, qu'il s'en soit tiré seul, ou à l'aide d'un vaccin, ou à l'aide d'un sérum, sont revêtus, pour plus ou moins longtemps, d'une propriété nouvelle qui les fait, au fond, différents de ce qu'ils étaient.

Différents, c'est-à-dire fortifiés d'un côté, affaiblis et un peu démantelés de l'autre, car les deux choses se tiennent, et voilà une conséquence qui ne semblera plus paradoxale, pour peu qu'on y réfléchisse. En tout cas, elle ressort très nettement d'une expérience de MM. Roux et Vaillard, qui va nous fournir comme une sorte de schéma de la maladie toxique et de l'action des sérums.

Voici, d'un côté, une toxine tétanique très active: il n'en faut qu'un milligramme pour tuer un cobaye. Quelques heures après l'injection, le membre où elle a été faite se raidit dans l'extension, parce que ses éléments nerveux ont été les premiers atteints. Puis le poison fait son œuvre ailleurs et l'animal succombe. Voilà la maladie toxique.

Pendant qu'elle dure, injectons en un point quelconque de l'animal un sérum antitétanique. On peut en préparer un assez actif pour qu'il puisse rendre inoffensif mille fois son poids de toxine. Il n'en faudrait donc, théoriquement, qu'un millième de milligramme pour servir de contrepoison à la toxine injectée. Mettons-en davantage pour être plus sûrs du résultat et pour aller plus vite. Le membre atteint reprend peu à peu sa souplesse et ses fonctions, et tout rentre bientôt dans l'ordre. Voilà l'effet du sérum antitoxique.

Nous pouvons maintenant inoculer à la fois le poison et le contrepoison en les mélangeant à l'avance dans la proportion où ils se neutralisent, ou, de préférence, en faisant un peu prédominer le contrepoison pour parer à toute éventualité. Un cochon d'Inde supportera, sans en souffrir le moins du monde, une dose de toxine cent fois supérieure à celle qui pourrait le tuer, à la condition de recevoir simultanément cent vingt ou cent cinquante fois la dose correspondante d'antitoxine : cent milligrammes de poison mélangés avec moins d'un milligramme de sérum préservateur.

Mais il faut pour cela, — et c'est ici que la chose devient tout à fait curieuse, — il faut pour cela que l'animal à qui nous inoculons ce mélange soit neuf : car, si nous opérons sur des animaux que nous aurons immunisés au préalable contre le vibrion cholérique, ou auxquels nous aurons fait subir des inoculations antérieures dont ils sont parfaitement rétablis, ces animaux mourront tétaniques. Ils paient donc l'immunité relative dont ils jouissent d'un certain côté par un peu plus de faiblesse dans une autre direction. C'est le système des compensations sur un terrain où l'on ne s'attendait guère à le voir apparaître, et nous pouvons résumer ce qui précède en disant qu'un homme, même parfaitement guéri d'une maladie, n'est pas, quant aux propriétés de ses cellules, ce qu'il était quand elle a commencé.

Belle découverte, dira quelque lecteur, que ce changement apporté par la maladie ! Est-ce pour nous conduire là que vous nous avez si longuement promenés ? — je demanderai à ce lecteur de réfléchir. Nous venons d'apprendre non pas *que* nous sommes différents, mais où nous sommes différents. Nous savons maintenant que telle maladie, qui peut ne laisser aucune trace apparente, s'est imprimée en nous par une sensibilité diminuée ou accrue de tel ou tel de nos départements cellulaires vis-à-vis des virus vivants et des toxines. Elle nous a découverts d'un côté pour nous couvrir de l'autre. N'est-ce donc rien que cette notion ?

Sans doute, elle flotte depuis longtemps dans l'air des laboratoires. « Les cellules élémentaires d'un malade, même rétabli, disais-je il y a dix ans (1), ne sont plus les cellules d'avant la maladie. Vaccinées, douées d'une immunité plus ou moins parfaite vis-à-vis de quelques affections, elles ont, au contraire, une prédisposition, une diathèse vis-à-vis de certaines autres, et dans les deux cas, qui se fondent du reste en un seul, ces dispositions nouvelles sont le résultat de la modification de structure et de fonction qui leur a été imprimée par le développement du microbe. » Mais entre une notion, à ce moment-là théorique et les faits démontrés et spécifiés d'aujourd'hui, la distance est immense, parce que la théorie plane, tandis que les faits se posent, se groupent, se multiplient, et conduisent à des applications.

Pour donner une idée du retentissement de cette partie de la science sur la thérapeutique, je n'ai qu'à choisir un exemple qui est en plein dans mon sujet, et qui en fera ressortir le côté utilitaire. C'est l'histoire de l'inflammation. Tout le monde en connaît les symptômes principaux, l'état de fièvre qui l'accompagne d'ordinaire, le gonflement, la chaleur, la rougeur des tissus qu'elle atteint. Elle attire si bien l'attention sur elle que pendant longtemps les médecins ne se sont pas préoccupés de ses causes, l'ont considérée comme la maladie elle-même, et ont fait ce qu'ils ont pu pour la faire disparaître. Quand l'illustre Virchow est venu nous dire : « L'élément important de l'inflammation est l'exsudat », on s'est attaché à combattre l'exsudation. Quand on y a eu découvert des leucocytes en abondance, on s'est dit tout naturellement : « Voilà l'ennemi, chassons-le ! » Et comme on avait trouvé que le sulfate de quinine tuait les globules blancs, on s'est mis à le recommander à tort et à travers, avec l'ardeur que nous mettons tous à plaider les opinions dont nous ne sommes pas sûrs, pour combattre les inflammations intérieures et extérieures.

Quand on est remonté à la cause de quelques inflammations et qu'on y a eu découvert le microbe, le vent a tourné. C'est au microbe qu'on a fait la chasse. Les antiseptiques ont remplacé le sulfate de quinine, et on croyait d'autant plus avoir ville gagnée que la plupart des antiseptiques sont aussi des ennemis des leucocytes, et permettaient d'éviter non seulement les microbes, mais aussi le pus, ce redoutable pus qu'on n'avait pas cessé de maudire.

Mieux informés maintenant, nous pouvons dire que là encore on faisait fausse route. Les leucocytes ne sont pas des ennemis : ce sont des alliés et même des serviteurs dont on peut faire l'éducation. Il faut les appeler par des pansements appropriés sur certaines plaies dont ils feront le nettoyage. Il faut, comme l'a déjà fait M. Durham dans des cas de péritonite, les convier, au moyen des injections de bouillon dont nous avons vu plus haut l'efficacité, à venir en plus grand nombre au milieu de la masse intestinale, pour y jouer leur rôle d'agents sanitaires. Et, comme ils ne sont pas toujours les mêmes, comme ils peuvent prendre de bonnes ou de mauvaises habitudes, être invalides ou bien portants, il faudra choisir, suivant les cas, l'appât qu'on leur offre, le changer à l'occasion quand il aura cessé de plaire, et préférer celui qui les invigorise, à celui qui les enivre ou les anesthésie. On arrive, à peupler un chantier en offrant de l'alcool aux ouvriers, mais on a de meilleurs travailleurs en offrant de la viande.

Voilà pour les conséquences pratiques à tirer de ces études, qui semblent au premier abord si abstraites. Elles ont, en outre, une conséquence théorique dont je me reprocherais de ne pas dire un mot en terminant. Avec tout ce que nous venons d'apprendre, un être vivant doit nous apparaître

(1) *Le Microbe et la Maladie*, 1886.

comme un mécanisme prodigieusement compliqué et délicat. Ce n'est plus une machine rigide, qui marche tant que ses organes ne sont pas usés et qu'aucun obstacle n'en vient contrarier le jeu. C'est une machine souple, dont les organes ont de la flexibilité et s'accommodent, en pleine marche, à des fonctions nouvelles. Le corps de gendarmerie subtile, qui y circule constamment, y applique un code très variable, et les contrebandiers de la veille y sont souvent les douaniers du lendemain. D'un autre côté, les cellules de nos tissus, celles qui président à nos fonctions les plus importantes et qui constituent notre nature physique et morale, sont modifiables elles-mêmes, peuvent acquérir une sensibilité qui leur manquait, ou perdre une prédisposition acquise. Il ne faudrait pas beaucoup presser ces notions pour en faire sortir toutes espèces de conclusions pour l'éducation de nos cellules cérébrales. Mais je n'insiste pas.

Je me contente de faire remarquer, pour finir, qu'au milieu de cette variation incessante et en quelque sorte journalière des propriétés de nos éléments anatomiques, la vie persiste, que la communauté dure avec une somme de liberté très grande donnée aux individus qui la composent, qu'elle a conscience de sa durée malgré le renouvellement incessant de sa matière, et, ce qui est le plus curieux, qu'elle a le sentiment de son unité, malgré les transformations incessantes de ses propriétés cellulaires. Où peut bien être le siège des notions de continuité et de tradition ? Comment un ensemble si complexe n'est-il pas perpétuellement en état de crise ? Pourquoi est-ce la santé qui est l'état normal, et non la maladie ?

Ces étonnements ne sont heureusement toujours, dans la science, que les effets d'un demi-savoir. Nous sommes, aujourd'hui, en présence de ces questions, comme un sauvage devant un feu d'artifice. Il est surpris plus qu'il n'admire. Quand nous serons plus civilisés, plus avancés dans l'étude des choses, nous admirerons sans nous étonner.

E. Duclaux,
de l'Académie des sciences.
Directeur de l'Institut Pasteur.

LA SEMAINE MÉDICALE

La résection du grand sympathique cervical dans le goître exophtalmique.

M. le Dr *Reclus* a communiqué, à l'Académie de médecine, un nouveau succès obtenu par M. le Dr Faure, dans un cas de goître exopthalmique très grave, par la résection symétrique du grand sympathique cervical. Cette opération, imaginée par M. Jaboulay, de Lyon, a eté pratiquée environ 8 fois déjà avec succès ; peut-être n'y a-t-il pas là seulement une simple coïncidence.

La malade opérée par M. Faure était atteinte depuis plus de dix ans de goître exophtalmique et n'avait eu d'amélioration passagère que par l'électricité. Les yeux étaient énormément saillants, la cornée était atteinte d'ulcérations profondes.

Du côté du cou il y avait une tuméfaction considérable, les vaisseaux étaient très développés. Au cœur, la pointe battait fortement, on comptait de 120 à 130 pulsations d'habitude, et à la moindre émotion, le pouls devenait de plus en plus incomptable. Il y avait un tremblement considérable des membres supérieurs, l'écriture était illisible. Il y avait une sialorrhée très abondante, de la diarrhée, parfois une boulimie considérable, des colères très vives, des pleurs à la moindre émotion. La malade avait beaucoup maigri et était devenue tuberculeuse.

L'état général était si mauvais, que je crus qu'il y avait plus à faire que la suture des paupières. M. Faure, après quelque expériences à l'amphithéâtre, pratiqua l'opération suivante à droite, en arrière du sterno-mastoïdien ; il fit une incision de 12 centimètres pour arriver d'abord sur le plexus cervical superficiel, puis sur le plexus cervical profond ; il sépara, au devant de la portion antérieure de la colonne vertébrale le plexus vasculo-nerveux et attira en avant le sterno-mastoïdien, l'artère carotide, la veine jugulaire et le nerf pneumogastrique, laissant en arrière le plexus cervical profond ; il éleva en haut le ganglion cervical, après avoir détaché les filets nerveux afférents ; au-dessous de l'origine des nerfs cardiaques il désenserra et coupa le grand sympathique sur une longueur de 7 centimètres.

Cette opération paraissait d'abord devoir être difficile, mais il n'y avait aucun vaisseau très dilaté, et l'opération ne prit du côté droit que 7 minutes environ. A gauche, l'opération fut plus difficile à cause de la présence de ganglions tuberculeux, qu'il fallut d'abord enlever. De ce côté, l'opération dura 20 minutes.

Pendant l'opération, on ne remarqua aucun changement du côté des yeux et du goître. Le lendemain, il y avait beaucoup moins d'arhytmie ; la malade put dormir la nuit, elle put fermer les yeux, et au bout de huit jours, voici les résultats qu'on put constater.

L'exophtalmie avait presque entièrement disparu, et les ulcérations de la cornée étaient guéries. Le pouls était beaucoup plus lent ; il reste maintenant autour de 90. La malade peut marcher, il n'y a que très peu de tremblement ; la diarrhée, la sialorrhée, la polyurie, ont disparu. L'état général est complètement transformé.

La sonde à demeure chez les prostatiques.

M. le Dr *Bazy* recommande l'emploi de la sonde à demeure chez les prostatiques, de préférence à la cystotomie sus-pubienne.

Il ne s'agit plus ici de la sonde à demeure laissée pendant quelques jours, quelques semaines, avec séjour au lit.

Il s'agit de la sonde à demeure laissée pendant des mois, en permettant aux malades de se livrer à leurs occupations habituelles.

M. Bazy a laissé ainsi une sonde pendant 18 mois, à un malade prostatique âgé de 77 ans, et au bout de ce temps, la miction s'est rétablie entièrement seule. Il cite un cas absolument remarquable de rétablissement de la miction après cathétérisme et sonde à demeure. G. François, passementier, 76 ans, présente depuis trois ans de grande difficultés de miction, dues à une hypertrophie notable de la prostate.

Le 17 décembre 1896, le malade se présente à l'hôpital.

Depuis huit jours, il émet avec beaucoup de peine quelques gouttes d'urine. Il y a huit jours, on est obligé de le sonder pour vider sa vessie. Depuis ce jour, le malade n'a pas uriné, sauf probablement par regorgement. On le sonde le jour de son entrée et on retire un litre d'urine environ.

18 décembre. Pas de miction spontanée. On le sonde. 900 centimètres cubes d'urine. Lavage boriqué.

19 décembre. Pas de miction. On le sonde avec la sonde à béquille et on fixe la sonde à demeure.

Quelques jours plus tard, on remplace la sonde à béquille, par une sonde en caoutchouc qu'on fixe de la même façon, pour que le malade puisse se lever. Il n'a jamais eu d'élévation de température.

21 janvier. Le malade sort de l'hôpital avec une sonde en caoutchouc rouge à demeure.

Il garde la sonde douze jours. Au bout de ce temps, la sonde se détache et le malade néglige de la remettre. Il urine depuis sans difficulté toutes les cinq ou six heures.

A quoi peut être dû le rétablissement de la miction spontanée chez ces personnes ? Très probablement à la diminution considérable du volume de la prostate.

M. Bazy a constaté sur des pièces anatomiques et sur le vivant la réalité de cet effet et il se félicite d'avoir obtenu par ce moyen, fort supérieur à la castration double, des résultats au moins aussi remarquables.

L'indication de la sonde à demeure avec déambulation, n'a pas seulement pour indications la difficulté renaissante du cathétérisme, mais ausssi la fréquence et la douleur de la miction, les accidents infectieux atténués, etc.

Traitement des anévrysmes de l'aorte par les injections gélatineuses.

M. le Dr *Lancereaux* signale les excellents résultats qu'il a obtenus dans un cas d'énorme anévrysme de l'aorte par la méthode des injections gélatineuses.

M. Lancereaux est parvenu à réduire de 2 centimètres le diamètre d'un énorme anévrysme de l'aorte de 14 centimètres de diamètre, en employant les injections sous-cutanées profondes de gélatine dans le chlorure de sodium. La solution doit être préparée de la manière suivante : solution stérilisée à 1/100 de gélatine pure dans l'eau bouillie, mélangée à une solution de chlorure de sodium à 1/1000, et maintenue à 37 degrés. On en injecte d'abord 50 grammes, puis 100 et enfin 150 grammes, dans le tissu cellulaire inter-musculaire rétro-trochantérien ; c'est au bout de 12 injections que le résultat signalé a été obtenu par M. Lancereaux. Au début, l'anévrysme était si volumineux, si aminci et si gonflé que l'on craignait sa rupture d'un moment à l'autre. Bientôt son volume diminua et sa consistance devint dure et ferme, si bien que le malade sortit de l'hôpital en excellent état.

Traitement du cancer épithélial par l'acide arsénieux.

MM. les docteurs *Cerny* et *Trunecek*, de Prague, préconisent la méthode suivante de traitement contre le cancer épithélial.

Le foyer néoplasique est soigneusement nettoyé et abstergé ; il ne faut pas craindre pendant cette manœuvre de faire sourdre un peu de sang frais à la surface de la tumeur ; au besoin même, on cruentera l'ulcération cancéreuse, sur une faible étendue, car il est indispensable que le contact du topique avec le tissu morbide s'effectue en présence de sang frais ; d'ailleurs quelques gouttes suffisent parfaitement, et, si le sang s'écoulait en trop grande abondance, il faudrait sécher un peu la plaie avant d'appliquer le remède.

On se sert de la mixture suivante :

Acide arsénieux pulvérisé.....		1 gramme.
Alcool éthylique............	}	ââ 75 grammes
Eau distillée................	}	

F. S. A. — Usage externe.

Après l'avoir agitée, on en badigeonne toute la surface du cancer, au moyen d'un pinceau.

On agite alors la mixture arsenicale et, à l'aide d'un pinceau, on en badigeonne toute la surface du cancer. On laisse évaporer à l'air libre, puis on panse à plat, si c'est nécessaire ; mais il est toujours préférable de laisser l'ulcère sans pansement.

A la suite de cette application, le malade éprouve généralement pendant quelques heures de la douleur, qui est du reste supportable. Dès le lendemain, le néoplasme est complètement recouvert d'une eschare produite par l'action de l'acide arsénieux. Chaque jour, un nouveau badigeonnage est pratiqué sur cette croûte qui, de jaune qu'elle était au début, devint successivement brune, puis presque complètement noire.

Le premier jour, l'eschare est fortement soudée, par sa base, au tissu sous-jacent, et l'on ne pourrait l'enlever sans déterminer une large perte de substance, aux dépens de la tumeur. En outre, elle est mince et ne recouvre parfois qu'une partie de l'ulcère ; mais elle s'épaissit peu à peu et finit par envahir toute la surface du foyer morbide. A ce moment, les douleurs ainsi que l'odeur repoussante, dégagée par le processus de mortification, se sont dissipées. Au bout d'un certain temps, on s'aperçoit que les bords de la croûte, moins adhérents, commencent à se soulever. Le sillon ainsi formé s'accentue chaque jour et une sérosité blanchâtre suinte des bords de l'ulcère. Le traitement est régulièrement continué, jusqu'à ce que l'eschare, devenue facilement mobilisable, ne tienne plus au tissu sous-jacent que par quelques petits faisceaux fibreux ; on sectionne alors ces filaments et l'on enlève la croûte. Celle-ci, d'une épaisseur variable suivant les cas, offre une consistance très dure et est essentiellement formée de tissu cancéreux complètement momifié par l'acide arsénieux.

L'eschare détachée, on badigeonne de nouveau avec la mixture arsenicale alcoolisée, le fond de l'ulcère.

Si le lendemain l'on ne voit apparaître qu'une croûtelle jaunâtre, mince et facile à enlever, on peut être assuré que la plaie guérira toute seule et qu'il ne reste plus une parcelle de tissu carcinomateux dans le foyer pathologique. Mais s'il se forme une croûte de couleur foncée, résistante, adhérente, il faut poursuivre le traitement jusqu'à la régression totale des derniers éléments cancéreux.

Au cours de la médication, plus l'eschare devient épaisse, plus le topique doit être énergique, c'est-à-dire plus il doit contenir d'arsenic. Au lieu d'une solution à 1/150e, comme celle du début, on emploiera donc une solution à 1/100e, et même à 1/80e, d'après la formule ci-dessous :

Acide arsénieux pulvérisé..	1 gramme.	
Alcool éthylique.........	}	ââ 40 grammes.
Eau distillée.............	}	

F. S. A. — Usage externe.

Lorsqu'il ne subsiste plus le moindre vestige de tissu cancéreux, l'ulcération néoplasique se transforme en une plaie bourgeonnante, tapissée d'une fine pellicule blanchâtre, et l'on ne trouve plus d'induration ni sur les bords, ni au fond de la perte de substance. C'est alors qu'il convient de traiter la plaie comme une surface suppurante ordinaire, qui commence à se recouvrir de granulations. Si l'on veut éviter la formation de cicatrices, il faut appliquer, particulièrement sur les bords de la plaie, une pommade composée de 1 partie d'acide borique pour 10 parties de vaseline.

Il est très important de savoir si le patient est ou non alcoolique. Dans l'affirmative, il faut immédiatement proscrire l'usage des boissons alcooliques. Chez ces malades, le traitement est toujours plus long que chez les sujets normaux. Malgré tout, même chez les individus sains d'autre part, il est toujours difficile de préciser combien de temps durera la médication.

MM. Cerny et Trunecek ont remarqué que les petits ulcères n'ayant jamais été opérés, ne demandent que trois à quatre semaines pour arriver à la guérison complète, tandis que des cancers étendus en profondeur ou récidivés, exigent deux à trois mois, et encore faut-il, dans ces cas, ne pas manquer d'appliquer scrupuleusement, chaque jour, la méthode indiquée.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical du Cher.

Du compte rendu analytique des travaux du Syndicat pendant l'année 1896, dressé par le Secrétaire, Dr Courrèges, nous extrayons les passages suivants :

Assistance médicale gratuite.

Diverses réclamations nous étant parvenues au sujet du nouveau service, nous avons ouvert une enquête qui a révélé, que dans certaines communes, les listes d'assistance étaient imparfaitement dressées et ne comprenaient pas toutes les personnes privées de ressources que, en cas de maladie, la loi voulait assister. Il en résultait que la rémunération fixée par le nouveau règlement, d'après le nombre des inscrits, était illusoire pour le médecin... La Chambre syndicale a saisi le Préfet de cette irrégularité, qui constitue une évidente violation de la loi, et celui-ci, d'accord avec le comité d'assistance, a reconnu le bien fondé des réclamations des médecins intéressés et adressé, aux municipalités, une circulaire les invitant à mieux se pénétrer, pour l'avenir, de l'esprit de la loi et à dresser des listes d'assistance aussi complètes que possible. Les membres du Syndicat nous feront connaître à la fin du 1er trimestre 1897, si ces instructions ont été bien comprises par les Bureaux d'assistance de leurs circonscriptions respectives. Nous les invitons à se mettre en rapport avec les municipalités, pour concourir à la pleine application de loi, notamment en se rendant à la convocation des Bureaux d'assistance, leur présence, même à titre consultatif, est des plus utiles, et si certaines municipalités ont négligé de les convoquer, ils doivent exiger cette convocation, la délibération pouvant être nulle s'ils n'ont pas été avertis....

Loi sur l'exercice de la Pharmacie.

Le syndicat a décidé l'envoi, aux Députés du Cher, de la lettre suivante :

Monsieur le Député,

Vous serez appelé peut-être, dans quelques semaines, à discuter le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie.

M. Bourillon, rapporteur, a donné peu de satisfactions au Corps médical et ce n'est que dans ses considérants que la Commission parlementaire a tenu compte des observations présentées par l'*Union des Syndicats médicaux.*

Nous avons l'honneur de vous soumettre la nécessité de certaines modifications qui seront présentées par voie d'amendements.

On se trompe grandement si l'on croit que, dans nos réclamations, nous ne soutenions que nos intérêts professionnels. Nous poursuivons un but plus important : l'intérêt et la sauvegarde des malades.

En conséquence, nous appelons votre bienveillante attention sur les points suivants :

Le rapporteur, dans l'article 13 du projet, demande la désignation d'une liste des médicaments que le pharmacien ne pourra délivrer sans ordonnance. Cette différence dans la rédaction qui, à première vue, semble illusoire, a cependant une portée considérable pour la santé publique. En effet, les médicaments nouveaux qui entrent dans la thérapeutique et qui ne sauraient, à temps, être compris, sur la liste, deviennent chaque jour plus nombreux. Ce sont, pour la plupart, des alcaloïdes très toxiques, et leur emploi, sans prescription médicale, pourrait donner lieu à de graves accidents, dont la responsabilité retomberait sur les pharmaciens.

L'expérience a depuis longtemps démontré que l'efficacité des soins médicaux donnés aux malades de la campagne se trouve compromise par l'éloignement de toute officine, et par l'interdiction légale de fournir des médicaments, à tout médecin qui a un pharmacien dans sa résidence.

Aussi, dans un but humanitaire et social, les divers projets de loi sur l'exercice de la pharmacie ont admis la nécessité d'accorder à tous les praticiens le droit de délivrer des remèdes à leurs malades, au delà d'une certaine distance de toute officine. L'Administration admet si bien le devoir de secourir tout malade le plus promptement possible, qu'elle ferme depuis longtemps les yeux sur la vente illicite de médicaments de toute sorte, pratiquée, dans les campagnes, par les religieuses.

Il n'est donc pas admissible que l'on refuse aux médecins, dans un but humanitaire et souvent peu rémunérateur, ce que l'on tolère depuis fort longtemps à des personnes ignorantes et irresponsables. Nous insistons donc, Monsieur le Député, sur la nécessité de permettre aux médecins de délivrer des médicaments lorsque leur domicile ou celui du malade se trouvent éloignés d'une officine pharmaceutique.

Il s'agit de fixer un minimum de distance. Dans des régions pauvres du territoire français, un grand nombre de médecins ont le droit d'exercer la médecine et la pharmacie, pour le grand bien des populations qui se trouvent très éloignées de toute officine. Si la loi nouvelle supprime ou limite par trop ce droit, les médecins qui vivent aujourd'hui dans ces régions, seront forcés d'émigrer, faute de ressources suffisantes pour vivre

Aussi, pour conserver à cette loi ce caractère d'humanité et de protection sociale, est-il, à notre avis, nécessaire que le législateur, faisant abstrac-

tion des intérêts des deux professions, ne s'inspire que de l'intérêt des malades et n'ait en vue que les moyens les plus rapides de leur porter secours.

Pour atteindre ce but, Monsieur le Député, nous pensons, avec le Corps médical du Cher, dont nous sommes l'organe autorisé, qu'il y a nécessité d'inscrire dans la nouvelle loi sur l'exercice de la pharmacie, le droit pour tout médecin de délivrer des médicaments lorsque son domicile ou celui du malade se trouve éloigné de plus de cinq kilomètres de toute officine pharmaceutique.

Les praticiens de la campagne, qui ont un pharmacien dans leur résidence, ont depuis longtemps reconnu que l'obligation imposée par la loi à une famille de faire un second voyage pour courir à une officine, compromet trop souvent le succès d'une médication et fait courir de réels dangers aux malades.

Nous vous prions, Monsieur le Député, de vouloir bien prendre en considération les observations qu'un sentiment d'humanité nous inspire, et nous espérons que vous approuverez le but de nos revendications qui, dans le cas présent, se trouve d'accord avec l'intérêt public.

Veuillez agréer, Monsieur le Député, l'assurance de nos sentiments dévoués.

De Président, Signé : Dr Moreau. *LeSerrétaire-général,* Dr Courrèges.

REPORTAGE MÉDICAL

Les Sanatoria.— Nous sommes heureux de compléter notre information du n° 27, en apprenant à nos lecteurs que la *Société des Sanatoria de France*, qui était entrée en liquidation le 10 mars 1897, a été reconstituée, le 9 juin dernier, et a nommé, comme administrateur-délégué, M. le Dr Chuquet, membre du « Concours médical ». Le capital, qui est de 700,000 fr. est à cette heure, entièrement souscrit, et les travaux de construction du Sanatorium de *Ardes-sur-Couze* (Puy-de-Dôme), déjà très avancés, font espérer l'ouverture de l'établissement en septembre prochain.

Nous sommes aussi très heureux de voir l'un des nôtres prendre la tête dans ce mouvement auquel nous avons tenu à nous associer dans la mesure que nous indiquait l'assemblée générale de la Société.

D'autre part, nous apprenons que M. le Dr Albespy (de Rodez), également membre du Concours, prépare au capital de 330.000, un autre sanatorium d'altitude (750 mètres), dénommé *Sanatorium des Palanges*, et situé aux environs de Rodez.

A l'un et à l'autre de nos confrères, nous souhaitons le plein succès dans ces intéressantes entreprises.

Association de la Presse médicale Française.

Réunion du 2 juillet 1897.

Le 2 juillet 1897 a eu lieu la trente-septième réunion de l'Association de la Presse médicale, sous la présidence de M. le Dr Cornil. 18 personnes y assistaient.

M. le Dr Morice, directeur de la *Gazette des Eaux*, a été nommé membre titulaire de l'Association, sur le rapport de M. le Dr Bardet.

M. le Dr Cézilly a rappelé que la Commission des Patentes à la Chambre des Députés a décidé d'imposer une *patente aux journaux scientifiques*. L'association a autorisé son syndic à faire valoir les doléances de ses membres à ce sujet auprès des autorités compétentes.

M. le Secrétaire général a donné lecture d'une lettre du Secrétaire du Comité du *Monument Grisolle à Fréjus*, demandant à l'Association de la Presse médicale de vouloir bien s'intéresser à la tentative des compatriotes de l'ancien professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine.

M. le Dr Baudoin a communiqué les nouveaux renseignements qu'il a reçus à propos du *Congrès international de Médecine de Moscou.*

Le Secrétaire général,
Marcel Baudoin,
93, boul. St-Germain.

— *Prix Magitot.*— Le docteur Magitot a légué à l'Académie de Médecine :

1° La somme suffisante pour réaliser une rente annuelle de 500 fr. qui devra servir à fonder un prix biennal de 1,000 fr. destiné à récompenser le meilleur travail sur la stomatologie ou l'odontologie.

2° La partie de la bibliothèque renfermant des ouvrages relatifs à la stomatologie et à l'odontologie.

— *L'ordre des médecins.*— Nous avons lu avec intérêt le rapport du Dr Lasalle, de Lormont, sur l'institution d'un ordre des médecins. Il résume les arguments favorables et il combat les objections. Ceux de nos confrères que la question intéresse peuvent faire la demande de la brochure à M. Lasalle.

— *A. Duchenne de Boulogne.*— Le dimanche 27 juin, à dix heures du matin, M. Barthou, ministre de l'intérieur, a inauguré le buste de Duchenne de Boulogne à la Salpêtrière.

— *Duel entre médecins allemands.* — Un duel dont l'issue a été fatale pour l'un des adversaires vient de faire grand bruit à Bonn. MM. les Drs Reusing et Fischer, chirurgiens, ont vidé sur le terrain un différend dans lequel le premier reprochait au second d'avoir été la cause de la non réussite d'une opération. M. le Dr Fischer, atteint en pleine poitrine, a été tué du premier coup.

— *Les magnétiseurs et la loi Chevandier.* — Nos confrères du Syndicat d'Angers n'ont pas été heureux dans la première manche du duel engagé avec les magnétiseurs. Le Mouroux, dont le nom figure dans les *attendus*, a été acquitté.

Nous faisons des vœux pour qu'ils soient plus heureux en appel, et obtiennent un arrêt qui nous débarrasse de ces parasites, pour le grand bénéfice de la santé publique.

— *Le concours des hôpitaux.* — Aux protestations qui se sont élevées dernièrement contre les errements suivis en cette matière, M. le Dr Delpeuch, médecin des hôpitaux, membre du jury qui siège actuellement, vient de joindre la sienne.

Il a démissionné, parce qu'on accordait la note *maxima* à un candidat qui avait fait une erreur de diagnostic. Il faut avouer que sa détermination n'a rien d'excessif.

— Vient de paraître : Dr Emile Laurent : *Mariages consanguins et dégénérescences.*

— *Le médecin militaire*, par le Docteur F. Gils, médecin-major de 1re classe, chef de l'hôpital militaire de Briançon. A. Maloine, Libraire-éditeur, 91, boulevard Saint-Germain, 91.

— *Traitement de la Blennorrhagie chez l'homme et chez la femme*, par E. Delefosse, docteur en médecine, rédacteur en chef des *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*. Paris, librairie Coccoz, 11, rue de l'Ancienne-Comédie, 11.

— *Diphtérie oculaire*, Dr Bellencontre, membre de la Société française d'ophtalmologie. — Clermont (Oise), Imprimerie Daix Frères.

— *Le Traitement chirurgical de la surdité et des bourdonnements*, par G. Garnault (de Paris). — Paris, A. Maloine, éditeur, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine.

— *Encombrement et dépréciation de la profession médicale*, par le Docteur L. Grellety (de Vichy). Mâcon. Protat frères, imprimeurs.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année | N° 29 | 17 Juillet 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'ordre des médecins devant les Sociétés médicales d'arrondissement de Paris.

M. le Dr Cayla vient de présenter, au Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement, son rapport relatif à la consultation des sociétés, sur l'opportunité de la création d'un ordre des médecins. Ce rapport, que le Conseil a approuvé à l'unanimité, est peut-être un peu trop concis pour entraîner une conviction. Nous ne savons rien de la façon dont la consultation s'est faite dans chaque société, des plaidoiries pour et contre, du nombre des membres inscrits et présents, du nombre des votants : on ne nous le dit que pour la Société du IXe, qui a adopté un texte du Dr Jamin, par 38 voix contre 12, et pour celle du Xe, qui s'est ralliée au texte de l'Union des Syndicats, avec quelques modifications. — Tout semble s'être passé comme dans les consultations demandées, aux sociétés locales, par l'Association générale des médecins de France, et nous savons ce que cela veut dire.

Que le rapporteur ait fidèlement traduit les chiffres, en disant que 7 sociétés sont favorables et 10 défavorables, ce n'est pas douteux. Mais quand il en conclut que l'idée n'est pas mûre et qu'il y faut renoncer, nous hésitons à le suivre.

N'est-ce pas aussi se consoler facilement de l'échec, que de proposer, en manière de compensation, de publier un Annuaire des sociétés médicales d'arrondissement, et de faire fonctionner celles-ci, *pour les membres seuls*, comme Chambres de discipline ? Qu'en pensent les syndicats qui ont depuis longtemps inauguré cette pratique ? Nous le savons d'eux, elle est absolument insuffisante.

Les mesures de moralisation doivent atteindre *surtout* les pratiques de ceux qui n'appartiennent pas aux sociétés professionnelles : ceci n'est douteux pour personne. Mais, si ceux-là ne reconnaissent pas la juridiction de leurs pairs, vous ne pouvez rien pour eux.

Cette question, quoi qu'on fasse, ne sera jamais résolue par des demi-mesures. Toute illusion sur ce point est impossible.

Si on ne veut l'entreprendre qu'avec l'appui d'une majorité bien constatée, il faut obtenir le oui ou le non formel de chaque médecin du pays de France, sans abstentions et sans réponses de Normand.

C'est la première difficulté ; c'est aussi la plus grosse. Le Paris médical est bien l'image (on le voit par cet exemple) du corps médical français, quand il s'agit de répondre à un referendum par un bulletin de vote signicatif.

Et si jamais l'ordre des médecins, enfin mis sur pied, publie un code de déontologie, souhaitons qu'il y inscrive le principe du vote obligatoire dans les choses professionnelles.

On ne dira plus, je vous l'affirme, qu'il n'a rien fait de bon.

H. JEANNE.

LA SEMAINE MÉDICALE

La tuberculose du cœur.

D'après M. le Dr Barié, dans la *Semaine médicale*, la tuberculose et les maladies organiques du cœur ne s'excluent pas ; leur association, plus fréquente dans les cas de maladie aortique n'est point absolument rare dans les affections mitrales. Il faut distinguer, à ce point de vue, le rétrécissement mitral rhumatismal survenant à la suite d'attaques de rhumatisme fébrile et le rétrécissement mitral pur, se développant silencieusement, sans qu'il soit possible de démontrer à aucun moment l'existence d'une inflammation de l'endocarde. Ce dernier, fréquent chez les jeunes filles, issues de souche tuberculeuse est une manifestation directe ou indirecte de tuberculose ; *il met obstacle dans la grande majo-*

rité des cas, au développement initial et à l'évolution ultérieure de la tuberculose du poumon.

La tuberculose envahit le cœur par son péricarde, par son endocarde et par son muscle lui-même.

1° *Péricardite tuberculeuse.* Elle est surtout fréquente, après 15 ans, dans le sexe masculin, elle est secondaire à la tuberculose pleuro-pulmonaire, ou à celle des ganglions trachéo-bronchiques ou médiastinaux; elle est en quelque sorte latente, son diagnostic est délicat, son pronostic grave.

2° *Endocardite tuberculeuse.* Elle comprend deux variétés : La première est caractérisée par la présence du bacille de Koch dans les nodosités ou dans l'épaisseur des valvules ; la deuxième variété ne présente pas de bacilles tuberculeux, elle est peut-être indépendante de la tuberculose, elle coexiste avec elle (Leyden).

3° *Tuberculose du myocarde.* Elle est rare (39 observations connues), et plus fréquente dans le jeune âge. Elle succède à la tuberculose des organes thoraciques. Lancereaux en décrit trois variétés, la plus habituelle est un gros tubercule ; la 2e variété est la tuberculose miliaire ; et la 3e variété est la myocardite tuberculeuse avec hypertrophie scléreuse et décoloration du muscle cardiaque.

La tuberculose du myocarde passe le plus souvent inaperçue, elle ne se distingue pas du tableau clinique des cardiopathies chroniques.

La tuberculose de l'aorte est à peine ébauchée. Il n'existe qu'un seul cas publié par Hanot.

Nature du glaucome et action curative de l'iridectomie.

D'après le Dr *Ch. Abadie*, dans le *Progrès médical*, le glaucome oculaire a une origine nerveuse dans le sympathique et non dans le trijumeau.

Les découvertes récentes sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux doivent enlever au trijumeau un rôle qui ne lui appartient pas. C'est un nerf purement sensitif, exclusivement chargé de transmettre aux centres les impressions périphériques. Il est centripète et non centrifuge.

L'influence trophique qu'on lui avait reconnue, jusqu'ici, dans la nutrition de l'œil, doit être reportée aux filets du sympathique qui l'accompagnent et entrent ensuite dans la constitution des nerfs ciliaires. Si l'on répète, en effet, l'expérience classique de Magendie et de Smellen, la section intra-cranienne du trijumeau dans le but de déterminer des troubles trophiques de la cornée, ces troubles ne se manifestent plus ou sont enrayés dans leur développement quand on coupe simultanément le sympathique cervical du même côté. Ces faits ont été bien mis en lumière par les travaux de M. Spallita.

La même chose a lieu en chirurgie où l'ablation du ganglion de Gasser n'est presque jamais suivie de complications oculaires. C'est aux filets du sympathique qui longent ce tronc nerveux dans le crâne, pour se rendre ensuite à l'œil, par l'intermédiaire des nerfs ciliaires, qu'il faut attribuer le rôle principal dans ces troubles nutritifs de l'œil.

François Franck a fait cette remarque importante que les vaso-dilatateurs de l'œil ont la même origine medullaire, et suivent le même trajet que les nerfs dilatateurs de la pupille. Rien d'étonnant dès lors que la papille soit constamment dilatée dans le glaucome, l'excitation de ses nerfs dilatateurs ayant lieu en même temps que celle des dilatateurs des vaisseaux de l'œil. Mais la preuve la plus éclatante que le glaucome est bien réellement provoqué par une vaso-dilatation des vaisseaux sanguins de l'œil, nous est fournie par l'action des mydriatiques et des myotiques. Grâce à l'action de ces substances, on peut à volonté provoquer ou faire disparaître les phénomènes glaucomateux. Or, ces agents sont tout simplement des dilatateurs ou des constricteurs des vaisseaux de l'œil, comme ils le sont de la pupille.

L'atropine aggrave toujours, quand elle ne les provoque pas, les crises glaucomateuses; or, l'atropine a une action vaso-dilatatrice incontestable. — L'ésérine, au contraire, diminue constamment l'intensité des crises de glaucome et elle est essentiellement vaso-constrictive. On peut donc, par le maniement de ces deux substances, provoquer ou faire disparaître le glaucome. N'a-t-on pas ainsi en main la preuve expérimentale de la véritable nature de la maladie ?

L'iridectomie agit sûrement dans le glaucome aigu, dans le glaucome subaigu et d'une façon générale dans toutes les formes du glaucome où des troubles fonctionnels sont intermittents. Comment expliquer l'action curative de cette opération ?

Dans les conditions normales, les courants nerveux qui règlent les rapports réciproques des dilatations et des constrictions vasculaires, parcourent le plexus nerveux situé dans la partie moyenne de l'iris, dans lequel aboutissent un certain nombre de filets ciliaires.

Quand le courant nerveux vaso-dilatateur l'emporte, il arrive sans interruption dans ce plexus nerveux, et la dilatation des vaisseaux de l'œil en est la conséquence. Mais, si l'on vient à couper ce plexus nerveux, l'action surexcitante du courant dilatateur cesse, et tout rentre dans l'ordre. Les vaisseaux sanguins n'ont plus désormais que leur dilatation moyenne. Dans l'iridectomie ce n'est donc pas l'excision de l'iris lui-même qui agit, mais bien l'excision d'une portion du plexus nerveux qu'il renferme.

Ecoulements uréthraux providentiels.

C'est souvent à tort, dit M. Guépin, dans la *Tribune Médicale*, que l'on ne voit dans les écoulements uréthraux qu'une uréthrite devant être tarie au plus vite.

Parfois revenant aux vieilles méthodes, bien discréditées, on fait une exception en faveur des uréthrites aiguës et suivant l'expression usuelle, « on laisse couler » pendant quelque temps, avant de songer à dessécher le canal. Mais lorsqu'il s'agit d'une uréthrite chronique, quelle qu'en soit l'origine, la règle d'agir vite et par des moyens toujours identiques malgré la diversité des cas, moyens très simples, trop simples et très connus, est appliquée d'une façon constante. En effet, nombre de fois, les lavages antiseptiques et les cautérisations de l'urèthre en divers points ont paru, par leur efficacité même, justifier ces vues théoriques. Puis, dans des faits analogues en apparence, non seulement ces

procédés thérapeutiques, sont restés sans résultat, mais encore l'insistance apportée dans leur emploi a-t-elle, loin de guérir, aggravé les accidents.

Il est donc des malades chez lesquels la suppression brusque ou rapide d'un suintement uréthral (d'une urétrite, pour parler comme tout le monde) suppression parfois spontanée, parfois provoquée par des manœuvres directes, paraît suivie, à brève échéance, de l'exagération des troubles fonctionnels et de manifestations pathologiques nouvelles, locales, de voisinage ou à distance.

Or, il résulte des recherches cliniques et anatomo-pathologiques que l'écoulement uréthral glandulaire, à tout âge et dans toutes les circonstances, est, à proprement parler, une sorte de compensation. Que cet écoulement soit infecté ou non, sa suppression rapide est la cause d'une notable aggravation et parfois l'occasion des complications les plus sérieuses. Le traitement logique dirigé contre ces écoulements, augmente d'abord leur abondance ou en rétablit le cours ; à cette augmentation ou à ce retour, on juge de son efficacité, en tenant compte, bien entendu, des modifications subies par tous les symptômes concomitants.

Par conséquent, il est indispensable de savoir, avant de commencer à soigner un malade qui présente un écoulement uréthral, si cet écoulement résulte d'une lésion localisée à la surface de l'urèthre ou située profondément dans les glandes. Il a été dit que pendant la période aiguë des urétrites, la surface muqueuse est seule intéressée, mais des complications glandulaires peuvent survenir avec rapidité. En outre, tout écoulement aigu n'est point le fait d'une urétrite aiguë, un état d'inflammation chronique avec simple humidité uréthrale ordinaire, pouvant subir une poussée nouvelle et une irritation quelconque non septique du canal urinaire provoquant une hypersécrétion, partant un écoulement aigu.

Le problème se pose donc de la façon suivante : Y a-t-il urétrite ? Y a-t-il hypersécrétion glandulaire ? en n'oubliant point que ces deux états morbides présentent de multiples combinaisons.

L'examen méthodique et minutieux de tous les appareils glandulaires de l'urèthre, surtout des glandes de Méry et de la prostate, l'analyse des sécrétions uréthrales, joints à l'ensemble des renseignements qu'il est habituellement possible de recueillir, lèvent les doutes et il devient facile de distinguer parmi les écoulements aigus, ceux que l'on doit chercher à tarir par les interventions intra-uréthrales, ceux dont il convient d'obtenir indirectement la suppression et enfin, les cas mixtes, ceux où l'on doit user de ces deux méthodes en les associant ou les combinant suivant les faits.

L'écoulement est un symptôme de l'inflammation uréthrale, il peut être et il est souvent la conséquence d'un trouble sécrétoire des glandes, que celles-ci soient ou non infectées. L'écoulement glandulaire est une sauvegarde ; il met le malade temporairement à l'abri des accidents de la stagnation et de la rétention, depuis la simple distension de la glande jusqu'à l'intoxication et l'infection générales mortelles. Qu'il provienne des glandes de Littre, des glandes de Méry, de la prostate et des vésicules séminales les conséquences de la suppression rapide sont défavorables, inégalement d'ailleurs, suivant l'âge du sujet, l'état de ses voies urinaires, l'appareil sécréteur intéressé, et les lésions des autres organes.

L'isolement des tuberculeux.

Au dernier congrès d'Assistance de Rouen MM. Halipré, Brunon, Lerefait, Cauchois ont formulé un certain nombre de vœux au sujet de l'isolement des tuberculeux. Déjà la Société normale d'hygiène avait rédigé, en novembre 1896, une circulaire qui contient la majeure partie des mesures à prendre dans les salles où seraient isolés les tuberculeux et en tête de laquelle se trouve l'avis suivant :

« Tout malade qui tousse et crache est un danger. Il peut communiquer sa maladie, s'il ne se conforme points crupuleusement aux mesures d'hygiène suivantes : propreté des crachoirs, et des chambres, aération, lavage et non balayage des parquets ».

Toute demi-mesure doit être impitoyablement rejetée. L'isolement des tuberculeux permet de surveiller les malades — ce qui est absolument impossible aujourd'hui, quelle que soit l'activité déployée par le personnel hospitalier — et de faire leur éducation hygiénique.

Il faut, pour répéter un mot heureux, que l'hôpital soit pour le tuberculeux une école d'hygiène où il apprendra à se soigner. Rentré dans la vie courante, il apportera au sein de sa famille des habitudes de propreté sans lesquelles, poursuivre la guérison ou l'amélioration de la tuberculose est une chimère.

Conclusion :

Il faut : 1° Isoler les tuberculeux dans des salles spéciales, en attendant que les ressources budgétaires permettent la construction de pavillons isolés dans l'hôpital ou même d'hôpitaux spécialisés situés en dehors des villes.

2° Appliquer dans les salles spécialisées les mesures sanitaires qui sont en vigueur dans les sanatoria.

3° Insister auprès des pouvoirs publics pour que, dans chaque grande ville, soit instituée une commission technique chargée d'étudier, sur place, les moyens de réaliser l'isolement des tuberculeux hospitalisés, leur traitement hygiénique et toutes les questions qui se rattachent à ces réformes capitales.

M. Lerefait ajoute que pour lui, le danger inhérent à l'infection est bien moindre que le danger inhérent à la prédisposition. Evidemment nous ne sommes pas tous tuberculeux, mais nous sommes tous contaminés et nous pouvons devenir tuberculeux sous une mauvaise influence quelconque.

L'isolement ne comprendra que quelques sujets plus gravement atteints mais ne servira jamais à protéger contre l'infection les autres malades déjà contaminés.

Aussi il conclut :

1° L'isolement de la tuberculose n'est point une garantie contre l'infection des autres malades.

2° Le séjour dans les salles d'hôpital n'est pas

toujours un obstacle à la guérison de la tuberculose.

M. *Cauchois* demande que l'on étende aux tuberculeux locaux, aux tuberculeux chirurgicaux, les mesures prises pour les phtisiques. Bien souvent, les gens qui viennent à l'hôpital pour se faire opérer d'une tuberculose locale sont de la campagne. On les guérit et ils paraissent mieux se porter dans les établissements hospitaliers, mais à une condition, c'est de ne pas les y rtenir longtemps : sans cela la généralisation peut se produire. Il serait donc bon d'envoyer ces malades dans des établissements de convalescence placés à la campagne, où ils seraient soumis à l'aération et à la suralimentation.

A la suite de cette discussion, le Congrès a émis les vœux suivants :

Pour traiter les tuberculeux, pour éviter la contagion, il faut isoler les tuberculeux.

Les tuberculeux hospitalisés seront isolés dans des salles spéciales ou des pavillons isolés dans l'hôpital.

Des hôpitaux spéciaux seront élevés le plus tôt possible aux alentours des villes et destinés à la cure d'air des phtisiques à tous les degrés.

Que doit-on entendre par cure thermale ?

M. le Dr *Janicot*, de Pougues, a magistralement exposé ce que l'on doit entendre par cure thermale aux réunions du dernier Congrès d'hydrologie de Clermont-Ferrand. Voici ses conclusions :

1° On entend par cure thermale l'application, pendant un temps variable, à une diathèse, ou à ses manifestations locales, ou à une maladie chronique, des ressources spéciales d'une station, dans les conditions où elles peuvent rendre le plus de services aux malades ;

2° Il résulte notamment de cette définition, que les opérations chirurgicales sont et doivent rester étrangères à une cure thermale. Les médecins d'eaux s'en abstiendront rigoureusement — le cas d'urgence excepté — s'ils n'y ont pas été autorisés expressément par les médecins ordinaires des malades ;

3° L'emploi de médicaments pharmaceutiques, agissant dans le même sens que l'eau minérale et qui seraient destinés simplement à en renforcer l'action, est, en règle générale, contre-indiqué ; mais il n'en est pas de même des médicaments à action différente, pourvu qu'ils répondent à une indication nette, le plus souvent dérivée de la cure elle-même ;

Dans cet ordre d'idées, et comme exemple important, l'assimilation des préparations hydrargyriques et iodurées et la tolérance de l'économie à leur égard, étant favorisées par l'emploi simultané des eaux sulfureuses ou sulfo-chlorurées, il y a avantage, au cas d'indications, à administrer ces spécifiques pendant la cure thermale ;

4° L'expression « médications accessoires » doit être entendue de façon différente, suivant les stations. La règle habituelle de conduite du médecin d'eaux, sera de tâcher de suffire à toutes les indications par l'emploi exclusif de son eau (médication thermale), quitte à recourir sans hésitation, si besoin est, aux médications accessoires en usage dans la station.

MÉDECINE PRATIQUE

Tuberculose pulmonaire et pleurale.

En un article de quelques colonnes, il nous est impossible de traiter complètement cette colossale question de la tuberculose pleuro-pulmonaire, nous n'en avons pas la prétention. Mais nous voudrions après un très succinct résumé clinique, tracer en quelques lignes les plus récents moyens et les plus sûres méthodes thérapeutiques actuellement appplicables à la cure de la manifestation pleuro-pulmonaire du bacille de Koch.

I

Résumé clinique.

Lorsque le bacille de Koch envahit les organes respiratoires, il peut le faire par plusieurs portes d'entrée différentes : le larynx, la plèvre, et les bronches. Nous laisserons de côté le larynx pour ne nous occuper que de la plèvre et des bronches.

Mainte tuberculose pulmonaire débute par une pleurésie séro-fibrineuse subaiguë, sans fracas, à allures sourdes et insidieuses, accompagnée tout au plus d'un peu de dyspnée, de douleurs névralgiques intercostales plus ou moins variables, et d'élévations de température vespérale. L'amaigrissement, la perte des forces et de l'appétit, accompagnés de quelques sueurs nocturnes, sont des symptômes fonctionnels d'une grande importance, à ce moment de l'évolution bacillaire. L'exploration physique de la poitrine donne habituellement dans la région sous-claviculaire, les résultats que M. Grancher a schématisés en trois signes : son (percussion) +, vibrations vocales +, respiration —. La tuberculose, en effet, amène du tympanisme sous-claviculaire, de l'augmentation des vibrations vocales, et de la diminution du murmure vésiculaire respiratoire, par suite du refoulement du poumon vers le haut de la cage thoracique et de la congestion du parenchyme lobulaire.

Un second mode de début de la tuberculose pulmonaire est la congestion subite d'un lobe pulmonaire, principalement d'un sommet. Cette congestion peut avoir l'allure d'une congestion ordinaire (point de côté, crachats sanguinolents, fièvre, toux quinteuse, sèche) ou bien celle d'une véritable pneumonie aiguë avec crachats rouillés et température brusquement ascendante de 41 degrés, mais sans déferversence nette, ou enfin, le début peut se faire subitement, par une hémoptysie abondante.

Le troisième mode d'invasion de la bacillose pulmonaire est la bronchite tuberculeuse caractérisée par la toux, l'expectoration purulente, la fièvre à exacerbations vespérales, les sueurs nocturnes, l'amaigrissement ; c'est le fameux « rhume négligé » du public.

Nous ne devons pas oublier de mentionner la phtisie suraiguë, et la granulie qui n'ont pas de mode de début bien nettement caractérisé et qui évoluent comme une fièvre infectieuse rapide, infectant tous les organes à la fois, détruisant tous les tissns en 3 ou 4 semaines comme une véritable dothiénentérie, ou une variole noire.

Les colonies bacillaires une fois campées dans

le parenchyme pulmonaire, provoquent une série de transformations analogues à celles que nous avons étudiées dans les ganglions, dans les os, dans les articulations, qui aboutissent à la destruction d'une ou de plusieurs portions du tissu pulmonaire (cavernes) et à l'infection de ces énormes plaies, par une infinité d'autres parasites microbiens qui finissent par tuer le malade. Ces œuvres de destruction se font en quelques semaines dans la phtisie aiguë galopante, en une, trois, cinq, dix, quinze années dans le cas de tuberculose chronique. La phtisie galopante est caractérisée par une fièvre intense oscillant à peine entre 39 et 41°, une expectoration nummulaire abondante et quelques hémoptysies, enfin un amaigrissement et une transpiration extraordinairement rapides.

La phtisie chronique peut cliniquement se diviser, comme anatomo-pathologiquement : 1re période : organisation des tubercules, durcissement du parenchyme et augmentation de densité, autour des cellules géantes bacillaires, caractérisés par la toux, les expectorations muco-purulentes, la fièvre à exacerbations vespérales, les sueurs nocturnes, l'amaigrissement, la perte de l'appétit et des forces. Au point de vue des signes physiques, cette première période est celle de la respiration rude, des craquements secs, de la diminution ou de la disparition totale du murmure vésiculaire, de la submatité et même de la matité de la région atteinte (sommet chez l'adulte, base ou partie moyenne chez l'enfant), diminution des vibrations vocales, affaissement du thorax du côté malade, élévation de la température locale. A cette période, la tuberculose pulmonaire est assez facilement curable.

2e période : caséification, ramollissement des tubercules et de la région circonvoisine du parenchyme. A cette période, encore curable, quoique plus difficilement que la première, s'observent la toux quinteuse avec expectoration purulente nummulaire, contenant généralement de nombreux bacilles de Koch, les accès fébriles intermittents, les sueurs nocturnes, les crises de diarrhée, l'amaigrissement et l'émaciation énormes, les insomnies, les accès de dyspnée, l'inappétence, les palpitations cardiaques, les vomissements et les névralgies gastriques. L'examen physique révèle, dans la région atteinte, soit d'un seul côté, soit des deux côtés, symétriquement, de la matité, des râles sous-crépitants, du soufle et de la diminution des vibrations vocales.

3e période : Le ramollissement a abouti à une ou plusieurs perforations du poumon, au lieu et place des tubercules antérieurs ; c'est la période des cavernes, le malade a craché son poumon, comme l'on dit vulgairement. En effet, à ce moment, l'expectoration est d'une grande abondance, et fréquemment elle est hémoptoïque. Les hémoptysies sont parfois assez violentes pour amener la mort rapide par anémie complète: d'autres fois, elles se calment, mais se renouvellent fréquemment et contribuent à précipiter la déchéance du malade. Les crachats muco-purulents sont nummulaires, surnageant au-dessus du liquide où ils ont été expectorés ; le microscope y décèle de nombreux bacilles et des fibres élastiques. Le malade a de très graves accès fébriles, correspondant à des infections microbiennes nouvelles de streptocoques, de pneumocoques et de staphylocoques, dans ses plaies caverneuses pulmonaires, correspondant aussi à des décharges de tuberculine sécrétée par les bacilles de Koch. La déchéance organique se fait alors avec une grande rapidité, sauf cependant si le malade convenablement dirigé et soigné, peut s'alimenter assez abondamment et renouveler suffisamment sa provision d'oxygène. Les signes physiques de la période des cavernes sont naturellement des signes cavitaires : souffle caverneux, craquements humides et râles sous-crépitants, râles caverneux, bruits de friture, résonnance extrême de la voix, pectoriloquie aphone, matité, bruit de pot fêlé, bruit d'airain, déformations thoraciques. Quand les cavernes sont superficielles, tous ces signes se perçoivent facilement ; mais dans les cas où les cavernes sont profondes, il arrive souvent que les oreilles les mieux exercées les laissent passer sans les percevoir ; pour éviter cette erreur, il faut d'abord ausculter avec beaucoup d'attention, sans interposition de corset, vêtements, plastrons, etc., en faisant respirer, tousser, parler le malade et en percutant au besoin la poitrine, en avant, pendant qu'on ausculte en arrière, en arrière, lorsqu'on ausculte en avant. La période caverneuse est curable, mais à combien de difficultés ne doit-on pas s'attendre !

4e période. Les poumons sont atteints tous deux, tous deux rongés par les cavernes, il n'y a plus qu'une surface respiratoire absolument insuffisante, le champ de l'hématose est rétréci ; les autres organes se prennent (foie, reins, intestins, larynx, tissu cellulaire, méninges, oreilles, langue, pharynx, péritoine, vessie, testicules) ; c'est la période de cachexie. Le malade fait de l'œdème des membres inférieurs, de la phlébite, de la phlegmatia alba dolens, de l'albuminurie, des eschares au sacrum, ses doigts sont en baguettes de tambour, ses ongles hippocratiques, cyanosés ; les téguments sont blanc de cire, marbrés de veines bleues, desquammants, rugueux, constamment brûlants, tant la fièvre est intense; le ventre se creuse en bateau, la langue se recouvre de muguet ou même de tubercules qui la rendent affreusement douloureuse ; la voix est éteinte, la toux continuelle, les crachats verdâtres ou sanguinolents, la dyspnée tenace et pénible, les palpitations de plus en plus violentes. La mort peut survenir brusquement par une embolie cardiaque, par une syncope, par une hémoptysie, ou au contraire, lentement, par dégénérescence amyloïde, intoxication ptomaïnique lente, asphyxie, infection purulente, épuisement.

Tel est, rapidement esquissé, le tableau de la tuberculose pulmonaire. Voyons maintenant la thérapeutique qu'elle comporte.

II.

Traitement de la tuberculose pulmonaire.

Le grand secret du traitement de la tuberculose ne paraît pas être de tuer directement les bacilles de Kock, mais de lutter contre l'affaiblissement, contre l'insuffisance d'hématose, contre l'air confiné, contre l'absence de soleil contre tous les genres de surmenage, enfin de détruire, dans la mesure du possible, en les neutralisant, les poisons secrétés par le bacille (tuberculine, ptomaïne bacillaire). Les premières indications sont remplies par la cure d'air, de

soleil et de repos ; la seconde est le problème poursuivi actuellement par la sérothérapie ; fera-t-elle banqueroute ? Jusqu'à présent, on s'est trop pressé d'annoncer les résullats obtenus et de les généraliser ; ni le sérum de bouc et de chèvre, ni le sérum d'âne, ni le sérum de chien, ni la tuberculine de Koch, ni les sérums lancés récemment, dans un but de lucre, par des auteurs incompétents, ni enfin le dernier produit industriel inventé par Koch et dont la pureté est tout à fait insuffisante, aucun de ces liquides n'a donné de succès certains, et plusieurs même ont paru aggraver l'état des malades auxquels on les avait injectés. Espérons que l'école Pasteur pourra enfin, un jour, nous annoncer que le vaccin antituberculeux est scientifiquement découvert. En ce moment, le plus sage est d'attendre et de résister aux pressions des malades éblouis par les promesses fallacieuses de la réclame.

Actuellement, voici la conduite que nous recommandons : Quand la tuberculose débute, quand une pleurésie se déclare, quand on croit par l'auscultation pouvoir affirmer qu'une induration pulmonaire est en voie d'évolution, quand une personne débile, anémique, surmenée, a une première hémoptysie, quand un blond vénitien a un rhume prolongé avec sueurs nocturnes persistantes, des points de côté, de la faiblesse, quand, enfin, le microscope a fait découvrir des bacilles de Koch dans les crachats d'un « enrhumé », il ne faut pas tarder à instituer un traitement strict et une hygiène sévère.

Aux malades riches, aux rentiers, aux personnes même simplement aisées, il faut bien se garder de cacher la situation. Plus on mettra de réticences à se prononcer, plus on endormira le malade par des mensonges, plus on chargera sa propre conscience ; il faut dire carrément au malade : « Vous êtes infecté par le bacille de Koch, vous n'avez que juste le temps de vous guérir, et vous guérirez, si vous suivez ponctuellement mes prescriptions.

M. Grancher a dit avec raison : Aucune maladie n'est plus facilement curable, au début, que la tuberculose pulmonaire, à condition qu'elle soit bien soignée.

Ce qui ne veut pas dire : Gavez-vous de goudron, de créosote, de gaïacol, d'huile de foie de morue, surmenez votre pauvre estomac par des médicaments antibacillaires, et vous guérirez. Arrière, drogues et poisons, prospectus menteurs, ridicules toniques, kola, peptones, iodoforme, phosphore et créosote ! Ce n'est pas cela qui vous guérira. Ce qu'il vous faut, c'est l'air pur, le soleil et le repos, non pas pendant un mois, mais pendant quatre, six, douze mois, deux et même trois ans s'il le faut. Le premier point est de quitter le logis où vous êtes devenu malade, sans oublier de faire tout désinfecter après votre départ, literie, meubles, tentures, murs de l'appartement, parquet, tapis, vêtements. Pour cette désinfection, le mieux est d'employer l'aldéhyde formique en vapeurs.

Choisissez ensuite une maison à la campagne, un sanatorium, s'il en existe à votre convenance, en tout cas, une demeure bien abritée des vents du nord et de l'ouest, avec larges fenêtres tournées vers le sud-est, qui resteront toujours ouvertes, la nuit comme le jour, protégées seulement par des stores à jour, des treillages de toile métallique pendant la nuit, afin d'éviter la venue des insectes ; une vérandah placée à l'entrée de la maison ou du moins sur sa façade sud, sud-est, recouvrira une terrasse dallée, sur laquelle vous vous reposerez pendant tout le jour, au soleil ; personne ne couchera dans votre chambre avec vous ; cette chambre sera d'une hauteur d'au moins 3 à 4 mètres, longue et large de 6 à 10 mètres ; le chauffage en sera assuré par les tuyaux de vapeur placés contre les murailles ou plus simplement par de grandes flambées de bois dans une cheminée ; point de poêles, de charbon, de calorifères. Vos vêtements seront de molleton et de flanelle : chaque chemise trempée de sueur sera remplacée par une chemise sèche et chaude. Enfin, de fréquents repas assureront la suralimentation qui est nécessaire pour détruire les poisons et les bacilles et assurer la victoire de votre organisme sur ses ennemis. Le lait absolument pur, provenant de vaches soumises antérieurement à l'épreuve de Nocard (tuberculine de Koch), entrera pour une bonne part dans votre alimentation. Cinq repas par jour sont strictement nécessaires ; au besoin, si l'air ne suffit pas, on stimulera un peu l'appétit par la noix vomique et la digestion par la pepsine et la pancréatine. Tous les aliments vous seront permis ; mais on vous rationnera pour le vin, le café et les liqueurs. Chaque jour, entre 8 h. et 11 h. du matin, vous ferez de petites promenades, sans excès, sans fatigue, toujours à pied, sauf les cas de pluie. Les besoins vénériens ne seront pas réprimés, mais une grande modération est absolument nécessaire. Voilà tout le régime que vous aurez à suivre jusqu'à complète guérison.

Ajoutez ce point important pour vous-même et pour vos semblables. Chaque fois que vous aurez à expectorer, vous le ferez soit dans un crachoir de poche, soit dans un crachoir fixe, garni non pas de sciure ou de sable, mais d'étoupe, de ouate de tourbe imbibée de sublimé à 1/1000 ou de sulfate de cuivre à 12/500 ».

Le malade se conformera généralement très bien à ces prescriptions, pourvu qu'on ait suffisamment d'autorité sur lui et qu'on lui ait cité des exemples persuasifs. Il demandera seulement si la mer, les montagnes, le Midi doivent être choisis de préférence comme séjour. A cela, on peut répondre que tous les endroits sont bons même la mer, à condition de ne pas habiter sur la plage, mais au moins à 2 ou 300 mètres de la mer ; que les montagnes sont bonnes, à condition de n'être pas trop élevées (1000 mètres au plus), ni trop abritées du soleil ; qu'enfin le Midi est bon, à condition de ne pas mener la vie d'hôtel, d'éviter la promiscuité avec d'autres malades, qui peuvent vous contagionner et augmenter la virulence de vos bacilles, de s'abstenir des théâtres, des soirées et des casinos, mais de vivre de la vie de campagne et de repos. D'ailleurs, les plaines, les environs des grandes villes sont parfaitement bons pour la cure d'air, à condition de réaliser ces conditions *sine quâ non* : situation au sud, abri absolu contre le nord, constructions solides, largement aérées et suffisamment isolées des autres habitations. Des plantations de pins et de sapins, quoique non indispensables, ne sauraient nuire à la cure.

Tout ce qui précède s'applique aux riches ou

aux indigents qui seront hospitalisés aux frais des communes et de l'Etat.

Mais les travailleurs, les employés, les ouvriers, les personnes qui n'ont que leur profession pour vivre, et elles sont nombreuses, allons-nous leur dire :

Il faut absolument vous reposer pendant 6 mois, un an, deux ans, dans un sanatorium ou une bonne maison de campagne ? Certes, ce serait folie. A quoi bon alors, leur déclarer qu'elles sont tuberculeuses et qu'on pourra les guérir, si elles le veulent ? Certes, le problème est délicat. Il faut bien peser les moyens de ses clients, quand on les connaît, avant de les lancer imprudemment dans leur démission ou la perte de leur travail. Il est à désirer qu'il se fonde des sanatoria, non seulement pour les riches, mais encore pour la classe moyenne des travailleurs. Suivant leur plus ou moins grande fermeté de caractère, il sera bon d'être circonspect dans la déclaration nette de la tuberculose. Certains hypochondriaques, encore sous l'impression de la mort récente d'un des leurs, ne résisteraient pas à un pareil coup de massue, ou se contenteraient de vous traiter d'âne, in petto, et d'aller en consulter un autre moins franc. Il faut tâter son malade, avant de lui dire : vous avez la même maladie que votre femme, que votre fille, que votre mère, qui vient d'en mourir. » Les malades se persuadent facilement qu'il va leur en arriver autant. Toutefois, à force de tactique, on peut arriver à suggérer à ces malades que la forme du mal, dont ils sont atteints ; est curable et leur citer des exemples à l'appui. Leur ferme confiance et leur volonté absolue sont deux facteurs de curabilité qu'il faut bien se garder de négliger. On devra ensuite faire les prescriptions d'hygiène indispensables : isolement dans une bonne chambre, suffisamment aérée, vaste, haute, sans rideaux, ni tentures, lavée et non cirée, sans tapis, sans meubles inutiles, ventilée par une large fenêtre, nuit et jour, sans courants d'air, chauffée au bois ; défense absolue de faire le moindre excès, défense de cracher ailleurs que dans un crachoir garni de ouate de tourbe sublimée et désinfecté tous les jours (le contenu devant être brûlé avec soin) ; alimentation fréquente et substantielle, accompagnée de toniques comme la noix vomique, le phosphate de chaux, l'arsenic, et d'eupeptiques comme la pancréatine et l'acide chlorhydrique dilué. On pourra chercher à remplacer, quoique très imparfaitement, l'air pur de la campagne par des inhalations quotidiennes ou bi-quotidiennes de vapeurs mentholées, thymolées, gaïacolées, eucalyptolées. Enfin, dans les cas où l'on ne pourra pas obtenir, malgré de persistants efforts, la stricte observation de ces prescriptions hygiéniques, on pourra avoir recours aux injections sous-cutanées hebdomadaires ou bi-hebdomadaires de gaïacol iodoformé stérilisé, dans la région dorsale, lombaire, ou rétro-trochantérienne. Ces injections sont sans danger et presque sans douleur, quand elles sont faites bien aseptiquement avec de l'huile parfaitement stérilisée. Quoique bonnes, ces injections sont loin de valoir le soleil et l'air pur, comme nous le disions en commençant.

Nous rejetons absolument tous ces médicaments plus ou moins caustiques, toxiques et antidigestives qui ne peuvent rien contre les bacilles et leurs produits, mais qui contribuent à empêcher l'appétit et la digestion.

Comme le dit M. Dumarest, dans l'*Echo médical* de Lyon, le traitement de la tuberculose pulmonaire est, avant tout, à l'heure actuelle, un traitement hygiénique. L'air pur et l'alimentation en sont la base, certains climats spéciaux en sont des succédanés utiles, la nature en est le médecin, comme l'avaient dit les vieux maîtres. La pharmacopée n'y joue qu'un rôle restreint, la plupart du temps, à des indications limitées, et il y a peut-être plus de danger à en abuser que d'utilité réelle à y recourir. L'éclectisme est à l'ordre du jour et les systématiques sont appelés à perdre de plus en plus leur crédit, à mesure que sont analysées mieux les causes des bienfaits partiels apportés par la méthode de chacun d'eux.

La médecine expérimentale n'a pas répondu, jusqu'à présent, aux espérances qui avaient été fondées sur elle. Peut-être ces espérances étaient-elles empreintes d'exagération : trop de confiance aveugle appelle souvent à sa suite trop de dénigrement systématique, et il serait injuste de la condamner hâtivement, sans lui avoir laissé le loisir d'explorer patiemment le vaste champ livré à ses investigations.

En ce qui concerne les établissements fermés ou sanatoria, tout a été dit ; il est certain que le malade y rencontre de grands avantages : régime strict, installation parfaite au point de vue hygiénique, désinfection, surveillance permanente du médecin ; prémuni contre les défaillances, les entraînements funestes, les fantaisies, les exagérations de tout ordre, éloigné de son milieu habituel et des conseils de fâcheux trop écoutés, il a plus de chances de mener à bien l'œuvre de patience et de persévérance qu'est la cure de la phtisie. Du reste, les résultats en font foi.

Dr PAUL HUGUENIN.

CLINIQUE LARYNGOLOGIQUE

De l'enrouement chronique chez les enfants.

Sans être un phénomène banal, l'enrouement — et je parle ici d'en enrouement durable, persistant —, n'est pas très rare chez l'enfant. C'est un symptôme qui ne laisse pas que d'inquiéter les parents, non seulement parce qu'il est apparent et disgracieux, mais aussi parce qu'il menace de s'éterniser et de constituer plus tard, surtout lorsqu'il s'agit de fillettes, une tare des plus désobligeantes.

L'enrouement, la raucité vocale est le trouble dominant, et souvent le seul, pour lequel l'enfant est amené dans le cabinet du médecin, à qui l'on en vient demander la cause et le remède. A vrai dire celui-ci se trouve souvent fort embarrassé pour répondre à la question et cela pour deux raisons : la première c'est que l'enfant se prête, d'ordinaire, assez malaisément à l'examen laryngoscopique ; la seconde c'est que, dans le cas où celui-ci est possible, il ne fournit pas toujours clairement l'explication du trouble phonatoire.

Tout en n'offrant pas une variété aussi grande que chez l'adulte, les lésions du larynx susceptibles de provoquer une altération persistante

de la voix, chez l'enfant, sont nombreuses et diverses.

Il en est qui se rencontrent, chez lui, avec une certaine prédilection et jouent un rôle de premier ordre dans la pathogénie de l'enrouement à cet âge. Tels sont les papillomes et la laryngite nodulaire. D'autres au contraire, qui représentent une des causes les plus communes d'altération vocale à un âge plus avancé, interviennent exceptionnellement : il en est ainsi de la tuberculose.

A.— Chez le NOUVEAU-NÉ et le nourrisson, l'altération persistante du cri, qui est rauque, éraillé, serratique, étouffé, relève communément de l'une des trois causes suivantes : vice de conformation, papillome, syphilis héréditaire du larynx. Il n'est pas toujours facile de décider laquelle de ces trois sortes de lésions doit être incriminée, car l'examen laryngoscopique qui, seul, pourrait trancher la question d'une façon certaine, est à peu près impossible à cet âge. Les considérations suivantes pourront cependant aider au diagnostic.

Les modifications de la voix, qui résultent d'une localisation laryngée de la *syphilis héréditaire précoce*, présentent parfois certains caractères spéciaux, qui rappellent tantôt le timbre aigre d'une trompette d'enfant, tantôt le timbre nasillard de l'égophonie pleurétique. Le trouble phonatoire est d'ailleurs rarement un symptôme isolé ; il s'accompagne communément de dyspnée et surtout d'autres signes de syphilis, plus nets et plus évidents, en d'autres points du corps : ces signes peuvent d'ailleurs n'apparaître que postérieurement au développement des troubles laryngés ; ils viendront alors confirmer un diagnostic jusque-là hésitant. L'altération de la voix, chez un nourrisson, peut donc acquérir une valeur séméiologique considérable, puisqu'elle peut être le premier indice d'une syphilis héréditaire. Cette affection frappe en effet le larynx des enfants du premier âge, moins rarement qu'on ne l'a supposé pendant longtemps : c'est parfois dès les premières semaines de l'existence, mais d'ordinaire dans les six premiers mois, que la laryngopathie fait son apparition. Lorsqu'elle guérit, sous l'effet du traitement spécifique, la voix ne recouvre pas toujours son timbre normal, les ulcérations laryngées pouvant laisser à leur suite des altérations de structure persistantes, des brides cicatricielles, des adhérences membraneuses qui constituent autant de stigmates indélébiles.

Les *polypes congénitaux* représentent une cause aujourd'hui bien connue, quoique non banale, d'altération de la voix chez le nouveau-né. Nous n'avons guère qu'un seul mode d'exploration à notre disposition, pour en rechercher la présence : c'est le toucher digital. C'est malheureusement un moyen bien infidèle, car d'une part les sensations perçues par l'extrémité du doigt dans un organe aussi mobile et aussi fuyant que le larynx sont des plus confuses, de l'autre les dimensions exiguës de l'organe, chez le nouveau-né, ne permettent guère à l'index de pénétrer au delà du vestibule, si bien que les petits polypes implantés sur les cordes vocales, et, à plus forte raison, ceux qui s'insèrent au-dessous, échappent à l'examen. Je reviendrai plus loin sur la question du pronostic et du traitement.

On ne s'arrêtera au diagnostic de *vice de conformation* que par exclusion, lorsque les autres causes d'altération vocale auront pu être éliminées en toute certitude. En général, les malformations congénitales ne se bornent pas à altérer la voix ; elles provoquent des troubles respiratoires si intenses et si graves qu'elles ne sont pas compatibles avec l'existence. Parfois cependant, elles pourraient ne porter que sur des parties circonscrites du larynx, par exemple, sur l'une ou l'autre des cordes ou sur les muscles moteurs de celles-ci. C'est ainsi que l'arrêt de développement de certains muscles du larynx, l'absence de quelques faisceaux de ceux-ci seraient la cause de la faiblesse congénitale de la voix, observée chez quelques enfants. Dans certains cas, le vice de conformation est, en dépit des apparences, non pas congénital, mais acquis : tel est celui qui résulterait d'un traumatisme produit par l'introduction brusque ou maladroite d'un insufflateur laryngien chez un enfant venu au monde en état d'asphyxie.

B. — Chez l'ENFANT plus âgé, en particulier au-dessus de cinq ans, le diagnostic de la cause de la raucité vocale devient plus facile, car l'examen laryngoscopique est d'ordinaire praticable.

Tantôt cette cause réside dans une lésion grossière, telle qu'une inflammation chronique, simple ou spécifique, une tumeur, une paralysie, tantôt elle est constituée par une altération minime, perceptible seulement à un œil exercé ou même échappe complètement à l'examen.

Au *catarrhe chronique* du larynx doivent être rapportés la plupart des enrouements qui surviennent dans l'une des conditions suivantes : 1° ceux qui survivent à un catarrhe aigu, rubéolique, grippal ou autre ; 2° ceux qui accompagnent l'obstruction nasale, en particulier les végétations adénoïdes : on sait en effet que la respiration buccale entraîne le dessèchement de la muqueuse bucco-pharyngée et des premières voies respiratoires ; 3° ceux qui succèdent à des efforts vocaux répétés : les cris violents, aigus, que poussent les enfants dans leurs jeux, sont une cause fréquente du brisement de la voix.

L'examen laryngoscopique fournit tantôt l'image d'une laryngite catarrhale banale, caractérisée par une coloration rosée ou grisâtre des cordes vocales, tantôt l'image d'une laryngite nodulaire, reconnaissable à la présence sur le bord libre des cordes, à l'union de leur tiers antérieur avec leur tiers moyen, de deux petits nodules symétriques, s'opposant à l'affrontement parfait des deux cordes ; cette forme s'observe surtout à la suite de fatigues vocales chez des enfants qu'on fait chanter trop jeunes. Moins fréquemment et seulement chez des enfants ayant dépassé la douzième année, en général, les lésions laryngées ne sont que l'extension d'altérations analogues de la muqueuse des voies aériennes supérieures, c'est-à-dire du nez et du naso-pharynx : elles sont caractéristiques d'un ozène rhino-laryngo-trachéal ; les cordes vocales roses et dépolies, se recouvrent de temps en temps, surtout le matin, au réveil, de croûtes verdâtres ou brunâtres résultant de la dessication de sécrétions muco-purulentes

nées sur place : c'est une variété de laryngite sèche. L'enrouement est alors intermittent, comme la production des croûtes elle-même.

Les enrouements qui reconnaissent l'une de ces diversescauses, ne sont justiciables que d'un traitement local. Celui-ci consiste d'abord et avant tout, à libérer le nez (végétations adénoïdes, catarrhe chronique hypertrophique, déviation de la cloison, etc.) et à rétablir la respiration nasale, s'il y a lieu ; ensuite à porter dans le larynx, sur les cordes mêmes, des solutions modificatrices (chlorure de zinc, ou nitrate d'argent en solutions étendues au début, puis de plus en plus concentrées), à l'aide d'un porte coton de courbure convenable et sous le contrôle du miroir, une ou deux fois par semaine : la difficulté est grande chez certains enfants ; elle est rapidement surmontée chez la plupart des autres, qui après quelques séances se laissent aisément traiter.

La syphilis, la tuberculose, le lupus sont des causes rares d'altération de la voix chez l'enfant.

La *syphilis héréditaire tardive* peut cependant s'attaquer au larynx dans la seconde enfance, en particulier de 10 à 15 ans ; mais comme les lésions qu'elle provoque se localisent aux parties supérieures de l'organe, en respectant d'ordinaire les cordes vocales, la voix ne se trouve que peu modifiée par elles. Ces lésions ne diffèrent pas de celles des laryngopathies tertiaires de la syphilis acquise (gomme, infiltration, hypertrophie diffuse, forme scléro-gommeuse).

Contrairement à ce qui se passe chez l'adulte, chez qui les modifications de la voix sont souvent un signe précoce de tuberculose des voies aériennes, l'enrouement est rarement lié à la *tuberculose* chez l'enfant. Le larynx est relativement épargné par le bacille de Koch, qui trouve cependant dans les autres organes de l'enfant un terrain si propice : lorsqu'il est atteint, c'est seulement à une période très avancée de l'infection, presque à la phase ultime, alors que l'altération de la voix ne présente plus aucun intérêt diagnostique et ne fournit aucune indication thérapeutique.

Quant au lupus, on l'observe de temps en temps, chez des petits malades déjà parvenus à la fin de la seconde enfance, en particulier chez des filles : mais l'un de ses caractères principaux est précisément l'absence de tout trouble fonctionnel concomitant, l'indolence et l'évolution à froid : il n'est découvert qu'accidentellement au cours d'un examen systématique du larynx chez un enfant atteint de lupus des muqueuses ou des téguments. La tuberculose et le lupus peuvent donc être éliminés presque d'emblée, comme cause d'altération vocale chez l'enfant.

Il en est tout autrement des polypes : nous avons vu qu'ils peuvent être congénitaux, mais le plus souvent ceux qu'on observe chez l'enfant se développent postérieurement à la naissance, de la seconde à la dixième année en particulier, quelquefois sans cause saisissable, d'autres fois à la suite d'une fièvre éruptive à localisation laryngée, de la coqueluche, d'une laryngite aiguë simple ou diphtérique. Ce sont presque toujours des papillomes. Les modifications qu'ils impriment à la voix varient non seulement avec le siège, le volume, la mobilité du néoplasme, mais encore avec l'intensité des phénomènes réactionnels, congestifs ou inflammatoires, qui accompagnent son développement. Les troubles peuvent être fixes et constants, ou présenter au contraire une mobilité, une intermittence des plus singulières : dans ce dernier cas la voix est, selon les moments, faible et voilée, enrouée, rauque ou bitonale ; d'un instant à l'autre l'aphonie peut succéder à la dysphonie et inversement. Des troubles respiratoires : dyspnée, respiration bruyante, cornage, peuvent accompagner les troubles phonatoires, mais seulement lorsque le néoplasme est volumineux. L'examen avec le miroir fait constater la présence, le volume, la forme, le point d'implantation de la tumeur qui, en cas d'enrouement, siège sur l'une des cordes ou tout à fait à son voisinage ; les tumeurs peuvent d'ailleurs être multiples et disséminées dans tout le larynx (papillomes diffus). Lorsque l'examen laryngoscopique est rendu impossible par la mauvaise volonté de l'enfant, il faut recourir à l'exploration digitale, comme nous avons conseillé de le faire chez le nouveau-né.

Les papillomes ne présentent guère de tendance à la régression spontanée ; il arrive cependant que certains se détachent d'eux-mêmes et sont rendus avec la salive, mais ils se reproduisent d'ordinaire et repullulent avec tenacité.

Le traitement consiste à extraire le néoplasme, toutes les fois que la docilité du petit malade le permet : on y parvient en gagnant sa confiance, en agissant avec une grande douceur, en l'exerçant à bien montrer son larynx et à y laisser introduire des instruments d'abord mousses et inoffensifs. Lorsque l'extraction est impossible, il faut ou bien attendre que l'enfant soit plus âgé et plus docile, ou bien, si l'enrouement se complique de troubles respiratoires menaçants, pratiquer la trachéotomie : cette opération est souvent suivie de la régression spontanée des papillomes.

Les *paralysies* du larynx ne sont pas une cause fréquente d'enrouement chez l'enfant : j'en ai cependant observé un cas, à la suite de la diphtérie. La compression du récurrent par des ganglions hypertrophiés peut entraîner une paralysie unilatérale, accompagnée, au moins au début, de troubles vocaux.

La raucité vocale qu'on observe chez de jeunes garçons parvenus à l'âge de la puberté est ordinairement liée au phénomène physiologique de la *mue*, c'est-à-dire aux modifications profondes et subites qu'éprouve le larynx à cette époque de l'existence : c'est le moment où le larynx grêle de l'enfant se transforme par une hypergénèse de tous ses éléments, en un larynx d'adulte. La congestion réactionnelle qui accompagne ces modifications se traduit par l'injection de toute la muqueuse du larynx ; les cordes perdent momentanément leur aspect nacré et brillant pour prendre une teinte terne, rosée ou franchement rouge ; elles sont en même temps tuméfiées. La voix grêle et argentine de l'enfant fait place à une voix rauque et discordante : ces troubles disparaissent d'eux-mêmes au bout de quelques semaines ou de quelques mois.

Il arrive que la cause de la raucité vocale échappe : le larynx paraît absolument normal ou ne présente que des modifications insignifiantes qui ne sont pas en rapport avec l'inten-

sité du trouble phonatoire. Dans quelques-uns de ces cas, l'enrouement constitue une tare héréditaire, une véritable anomalie qui se retrouve chez la plupart des membres de la même famille et contre laquelle tous les traitements restent impuissants. Chez plusieurs enfants dont la voix s'était altérée, indépendamment de toute lésion apparente, soit spontanément, soit à la suite d'excès vocaux, vers l'âge de 5 ou 6 ans, l'enrouement m'a paru tenir à une anomalie dans la contraction, non pas de tel ou tel muscle vocal, mais de l'ensemble des muscles intrinsèques et extrinsèques du larynx ; chez un certain nombre d'entre eux j'ai obtenu soit la guérison, soit une amélioration notable de la voix, en pratiquant à l'aide d'un porte-coton de véritables massages du voile du palais et des parois postérieure et latérales du pharynx. Des exercices vocaux, pratiqués suivant une méthode qu'il serait trop long d'exposer ici, m'ont encore rendu des services.

Chez plusieurs fillettes ou jeunes filles, que j'ai pu suivre pendant plusieurs années, les modifications de la voix (voix faible, voilée, couverte, enrouée), sans altération laryngée nettement saisissable, ont précédé de plusieurs années l'éclosion d'une tuberculose pulmonaire. Ce fait est susceptible d'assombrir le pronostic de ces enrouements sans lésion : je ne saurais toutefois préciser les relations qui pourraient exister entre les troubles phonatoires et les lésions pulmonaires ultérieurement révélées.

Dr Maurice Boulay,
ancien interne des hôpitaux.

HYGIÈNE. PROPHYLAXIE

Comité consultatif d'hygiène publique de France. — Instruction prophylactique relative à l'ophtalmie des nouveau-nés.

L'ophtalmie des nouveau-nés est une maladie des yeux qui peut entraîner la perte complète de la vision et qui est très contagieuse : elle se montre en général du 1er au 10e jour après la naissance, se manifestant par de la rougeur de la conjonctive, du gonflement des paupières et une sécrétion qui, d'abord citrine et transparente, se transforme bientôt en un pus jaunâtre et abondant.

La déclaration de la maladie par les sages-femmes est obligatoire.

Le médecin doit être appelé immédiatement, et surtout lorsque l'enfant ne peut entr'ouvrir les yeux.

En attendant l'avis du médecin, il convient de nettoyer chaque heure les yeux ou l'œil de l'enfant, en se servant d'un linge propre et d'eau boriquée froide qui restent en permanence sur les yeux.

L'ophtalmie des nouveau-nés est due au contact de l'œil de l'enfant avec le pus provenant des parties génitales de la mère au moment de l'accouchement. Aussi convient-il de surveiller avec soin la mère et de combattre cet écoulement, avant l'accouchement, par des injections antiseptiques.

Il existe un moyen préventif de l'ophtalmie des nouveau-nés d'une efficacité à peu près certaine : ce moyen consiste dans l'instillation entre les paupières de deux gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 2 p. 100 ou mieux dans le lavage des yeux, aussitôt après la naissance, avec une solution contenant 5 gr. d'acide citrique pour 100 gr. d'eau.

Ces moyens ne seront pas appliqués d'une façon uniforme, mais on y aura recours lorsque la mère aura présenté un écoulement du côté des organes génitaux pendant les derniers mois de la grossesse, quand les enfants mis au monde antérieurement auront eu de l'ophtalmie, ou quand il s'agira d'un enfant venu avant terme et que cet enfant sera chétif.

L'entourage sera prévenu de la nature contagieuse de l'ophtalmie des nouveau-nés et du danger de transport du pus provenant de l'enfant atteint de l'ophtalmie.

Les linges salis par le pus doivent être détruits ou désinfectés.

Signé : A. Proust, P. Brouardel.

Instruction prophylactique relative à la fièvre puerpérale.

La condition fondamentale est de ne laisser arriver au contact des organes aucun germe infectieux.

La sage-femme prendra les soins les plus complets de propreté ; elle prendra les mêmes précautions pour tous les instruments dont elle pourra avoir besoin.

La femme en travail doit être touchée le moins possible.

Tout médecin ou sage-femme soignant une femme atteinte de fièvre puerpérale doit s'abstenir absolument d'assister d'autres femmes en travail.

Les vêtements que le médecin et la sage-femme portaient pendant leur visite aux malades atteints de fièvre puerpérale, devront être désinfectés et non pas seulement lavés.

Tout médecin ou sage-femme ayant une suppuration quelconque (écorchure, furoncle, panaris, onyxis, etc., etc.,) devra s'abstenir d'assister une femme en travail avant guérison complète.

Les instruments devront être passés à l'eau bouillante, ou trempés dans une solution antiseptique, ou mieux encore flambés.

Les objets de pansement dont on se sera servi seront détruits ou désinfectés.

Le lit et la chambre qui auront été occupés par une femme atteinte de fièvre puerpérale, ne pourront servir de nouveau, qu'après une désinfection complète.

L'Académie de médecine a preconisé le sublimé comme désinfectant et indiqué les formules suivant lesquelles il devra être employé :

Formule A (*en paquets*)	Sublimé corosif.......	25 centigr.
	Acide tartrique........	1 gr.
	Solution alcoolique de carmin d'indigo.....	1 goutte.

Ces paquets seront dissous dans un litre d'eau.

La même solution sera employée pour l'antisepsie des mains et des instruments.

Formule B (*en pommade*) Vaseline au sublimé à un p. 1000................ 30 gr.

Les pharmaciens sont autorisés à délivrer ces préparations sur la prescription des sages-fem-

mes, en se conformant exclusivement aux formules ci-dessus (décret du 9 juillet 1890).

Signé : A. Proust, P. Brouardel.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La loi sur l'exercice de la Pharmacie.

Nous recevons, de temps à autre, des lettres protestant contre le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie, en ce moment soumis à l'examen du Parlement.

Ces lettres sont intéressantes certainement ; mais elles reviennent sur des sujets que nous avons maintes fois traités et nous ne pouvons cependant pas nous répéter indéfiniment.

Le projet, bien qu'il se modifie à chaque délibération de l'une ou l'autre Chambre, ne nous donne pas satisfaction, et en cela nous sommes pleinement d'accord avec nos correspondants : nous avons la conviction que personne, dans les Chambres, ne connaît le premier mot de la question et que l'intérêt dont on paraît le moins se soucier est celui du public.

Nous l'avons déjà dit, nous préférons mille fois le statu quo à ce qu'on nous prépare.

Ceci établi, nous serons plus à l'aise pour répondre à certains de nos correspondants.

M. le Dr Chardonneau, de Vivy-les-Deux-Sœurs (Maine-et-Loire), nous écrit :

Monsieur le Directeur,

Je vois dans le *Concours médical* et dans le *Bulletin de l'Union* que la plupart des Syndicats de province émettent le vœu, au sujet de la Loi sur la Pharmacie, que la distance qui permettrait au médecin de porter des médicaments à ses malades soit de 4 kilomètres (distance du domicile du malade à l'officine).

En second lieu, que la Loi n'ait pas d'effet rétroactif.

Dans une note précédente, je crois avoir prouvé que cette façon d'amender la Loi en préparation à la Chambre était contraire aux intérêts de tous les médecins en général et à ceux des médecins de campagne en particulier ; que le corps médical, en portant la question sur ce terrain de la distance kilométrique, avait choisi le plus dangereux, et que même en supposant que ses desiderata soient tous pris en considération — ce qu'on ne peut espérer — la Loi serait encore mauvaise, et ce qui est grave, plus mauvaise que celle qui nous régit actuellement.

Dans la loi de Ventôse il n'y avait guère que cette disposition de bonne — la Limite administrative, la commune — servant de délimitation au droit d'exercice de la pharmacie et cette seule disposition avantageuse au corps médical, c'est nous qui en demandons la suppression pour la remplacer par quelque chose de moins bon, d'aléatoire, d'indéterminable.

Ce qu'il faudrait demander, et on aurait quelque chance de l'obtenir, parce qu'il y aurait peu de chose d'innové, c'est le vote de la Loi élaborée et votée par le Sénat, c'est-à-dire *le maintien de la limite administrative, avec le droit pour tous les médecins sans exception de fournir tous les médicaments qu'ils jugent utiles en cas d'urgence avérée*. Le droit pour les pharmaciens de fournir certains médicaments inscrits *sur une liste spéciale*, liste qui serait revisée tous les dix ans.

La loi ainsi comprise pourrait être acceptée des pharmaciens et votée sans qu'on eût à soulever les questions de distance kilométrique de rétroactivité, etc., etc., questions toutes excessivement dangereuses et de la solution desquelles dépend pour beaucoup l'avenir du corps médical.

Je serais heureux de voir la note, que je vous ai adressée en son temps, analysée et réfutée s'il y a lieu dans le *Concours* qui est une tribune ouverte à tous les hommes de bonne volonté. J'ai la conviction que les vœux émis par la plupart des Syndicats ne représentent pas l'opinion de la majorité des médecins exerçant la pharmacie, qu'ils ne sont pas l'expression exacte de la vérité, soit que les médecins de campagne ne soient pas en nombre dans les Syndicats, soit que par apathie ils pratiquent à l'égard de leurs intérêts les plus chers la théorie du laisser-faire.

Quoi qu'il en soit, j'ai la conviction que si ma façon d'envisager la Loi sur la pharmacie était adoptée par la commission, ce serait au grand bénéfice de tout le corps médical et, comme il ne suffit pas d'affirmer, je crois l'avoir prouvé dans la note dont je vous parle ; je tirais mes arguments contre la façon d'envisager la nouvelle Loi qui est semée de pièges, de chausse-trapes et d'écueils, des motifs suivants :

1° Bouleversement des conditions dans lesquelles la médecine est exercée actuellement tant à la ville qu'à la campagne — (argument à mon avis très grave).

2° Amoindrissement *quelle que soit la distance votée*, de la situation d'un grand nombre de situations médicales, qui serait pour beaucoup la mort sans phrase.

3° Conséquences désastreuses de ces suppressions pour les habitants de la campagne et les œuvres d'assistance rurales.

4° Réveil des rivalités entre confrères par le changement apporté aux conditions d'exercice.

5° *Loi inapplicable par impossibilité pratique de déterminer dans nombre de cas la distance du domicile du malade à l'officine*. D'où procès sans nombre et manque de sécurité par le médecin ignorant s'il est ou non dans son droit.

Toutes choses qui ne peuvent exister avec l'adoption de la limite administrative.

Je suis encore à me demander comment personne n'a demandé par qui et comment on arriverait à connaître exactement la distance d'une ferme en pleine campagne à une officine.

6° Loi n'apportant aucun avantage au malade et l'obligeant, dans nombre de cas, à parcourir une distance plus grande qu'autrefois.

7° Suppression de nombreuses clientèles rurales, d'où médecine *plus chère*, *plus lente* et *plus coûteuse*.

8° Intérêt du pharmacien seul en vue et encore dans des cas particuliers assez mal sauvegardés.

9° Aucune assurance que les situations acquises seront respectées, et danger extrême d'ouvrir cette question.

10° J'ajouterai mauvaise disposition du public, à cette heure, à l'égard du corps médical en général.

Veuillez agréer, etc...

Notre confrère paraît se faire d'étranges illusions quand il dit que le projet qu'il préconise serait facilement accepté des pharmaciens. Ignore-t-il donc que toutes les mesures que nous combattons, comme attentatoires à nos intérêts légitimes et comme contraires à l'intérêt public, sont impérieusement réclamées par les pharmaciens dont les prétentions sont véritablement excessives et qui ne veulent rien céder ?

Croit-il que ce soit nous qui ayons proposé tous ces articles de loi qu'il déplore ? que nous n'ayons pas fait pour en obtenir le rejet toutes les démarches possibles ?

Un texte de loi a été proposé qui blessait nos intérêts, nous l'avons combattu et c'est seulement après avoir acquis l'absolue conviction que nos protestations ne trouvaient pas d'écho, que nous nous sommes rabattus sur un moyen terme

qui n'est pas parfait, nous ne le savons que trop, mais qui, peut-être, pourra limiter les exigences pharmaceutiques que nous trouvons inadmissibles.

Et puis, nous devons être justes : si nous ne voulons pas que les pharmaciens nous mangent, nous ne devons pas non plus songer à leur rendre la vie impossible.

Certains ne voient pas la nécessité de l'existence des pharmaciens ; sans rechercher s'ils ont raison, nous pouvons dire qu'ils avancent sur les idées reçues. Les pharmaciens existent et personne ne songe à les supprimer ; cela étant, diverses conséquences en découlent.

Si l'intérêt public était seul considéré, rien ne serait plus simple que de régler la question : ici le pharmacien, là le médecin serait favorisé — peu importait, le public ayant toujours satisfaction. Mais il n'en est pas ainsi ; on rapporte tout à l'officine, tant pis pour le public s'il en souffre ; quant au médecin, il ne compte pas en l'espèce.

Voilà les idées qui paraissent triompher si on en croit les rapports présentés aux Chambres par des rapporteurs médecins ; — que serait-ce s'ils étaient pharmaciens ?

Et c'est en présence d'une telle situation que notre confrère croit que les vues d'ailleurs fort justes qu'il expose dans ses lettres, auront chance de triompher !

Nous l'avons dit : à ce qu'on prépare nous préférons le *statu quo*.... et certains nous l'ont assez reproché, dénaturant et nos pensées et nos actes et nos intentions.

Quant à ce que nous voudrions, nous l'avons dit assez pour n'y pas revenir. Nous ne pouvons, paraît-il, l'obtenir, nous avons donc fait les concessions qui nous paraissent possibles, pour sauvegarder ce que nous pensions capital.

Nous nous en tenons à ces concessions.

A. G.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous adressons nos félicitations à MM. les docteurs *Dupuy*, de Vervins (Aisne), et *Didiergeorge*, de Bruyères (Vosges), membres du *Concours médical*, qui viennent d'être nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

M. le docteur Dupuy est ancien président de l'Union des Syndicats.

— D'après le *Velo-médical*, M. D'Arsonval, qui a découvert les courants à haute fréquence et leur puissante action thérapeutique, et exposé cette action à plusieurs Sociétés scientifiques, aurait affirmé que l'action de la bicyclette serait identique, moins la fatigue musculaire, à celle des courants électriques. Nous souhaitons que M. d'Arsonval soit bientôt en mesure de démontrer scientifiquement l'assertion en question.

— *Le cinquantenaire du « Scalpel ».* — Le *Scalpel*, de Liége, en fêtant sa cinquantième année, adresse un affectueux salut à la Presse médicale française, où il a noué de solides amitiés.

« Le *Concours médical* », qui a toujours suivi, avec intérêt et admiration, l'action professionnelle si infatigable de MM. les Drs A. Festraerts et L. Dejace et le développement de plus en plus large du mouvement d'association médicale en Belgique, tient à s'inscrire des premiers sur la liste des confrères de la presse qui envoient leurs félicitations au vaillant organe belge. Trop de sympathies nous unissent à lui, dans la lutte commune, pour qu'il ne nous soit pas agréable d'échanger, en cette circonstance, la cordiale poignée de main des champions de la bonne cause, avec les souhaits sincères de commun succès.

— *L'existence légale des Syndicats médicaux.* — Les journaux de médecine continuent à nous apprendre que la conférence des avocats, après dissertation savante, nous refuse le droit de nous syndiquer, en s'appuyant sur la loi de 1884.

Que peuvent nous faire ces tournois d'apprentis orateurs qui se livrent à des études légales, rétrospectives à ce point ?

Qu'ils discutent de cela ou des origines du droit romain, peu nous importe. Il y a une loi Chevandier, que diable ! et, dans celle-ci, un article 11. Nous savons qu'il s'y trouve, après la peine prise pour l'y faire entrer.

Discutez, jeunes gens, discutez sur la loi de 1884 ; le sujet a été épuisé dans nos colonnes, et vos conclusions ne nous regardent pas.

— *Le Conseil municipal de Paris et les étudiants étrangers.* — M. Astier vient de faire voter à l'unanimité par le Conseil municipal de Paris une motion ayant pour but de ne plus écarter les étudiants étrangers de la Faculté de Paris, maintenant que le diplôme d'exercice couvre les praticiens d'une suffisante protection.

— *Concours d'Internat et externat.* — Le Concours d'internat pour les hôpitaux de Paris s'ouvrira le 18 octobre 1897, et celui de l'externat le lendemain.

— *La mission de Mme Chellier.* — M. Cambon, gouverneur de l'Algérie, vient de confier une nouvelle mission d'inspection dans le Sud-Algérien, à Mme la doctoresse Chellier, dans le but de faire pénétrer, chez les indigènes, nos pratiques en médecine et en accouchements.

— *Association Française d'Urologie.* — La 2me session de l'Association Française d'Urologie aura lieu à la Faculté de Médecine, à Paris, les 21, 22 et 23 octobre 1897, sous la Présidence de Monsieur le Professeur Guyon.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour :

1° Des opérations qui se pratiquent, sur le testicule et ses annexes, contre l'hypertrophie de la prostate. — Rapporteurs : MM. Albarran et Cahier.

2° Des uréthrites non gonococciques. — Rapporteurs : MM. Eraud et Noguès.

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour le *15 septembre* au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications à Monsieur Desnos, secrétaire général, 31, rue de Rome.

Pour tous les renseignements concernant l'Association, s'adresser au secrétaire général.

— *La pratique de l'hygiène.* — Extrait de *l'Union médicale du Canada*. « Le nommé Brenner, accusé d'avoir laissé ses enfants malades de la rougeole aller à l'école, ce qui fut la cause que 12 autres enfants contractèrent la maladie, a été condamné par le juge à 10 dollars d'amende et aux frais ou à un mois de prison. »

Quand l'inspection médicale des écoles sera ainsi soutenue en France, on ne contestera plus son utilité, et les résultats ne se feront pas longtemps attendre.

Mais, dira-t-on, il faudrait d'abord l'instituer. C'est vrai, la moitié des départements n'y a pas encore songé !

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 30 24 Juillet 1897



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Casiers sanitaires et historiques des clientèles.

« Il serait intéressant et utile, nous écrivait « dernièrement M. le Dr Lejeune, (de Meursault), « que chaque médecin de campagne, s'assimi« lant au notaire de la région, dressât le *casier* « *sanitaire* de toute famille dans laquelle il a « été appelé à exercer sa profession, et transmit « à son successeur les précieuses archives ainsi « amassées, qui constitueraient une source inépui« sable de renseignements pathologiques, tou« jours bons à connaître. »

Qui de nous, en effet, à ses débuts dans une population inconnue, n'a hésité souvent à formuler les questions relatives à l'hérédité, dans la crainte de mettre en émoi, et parfois inutilement, le malade ou sa famille ? Qui de nous aussi, en pareil cas, s'étant décidé quand même, n'a été frappé de l'insuffisance, de l'inexactitude, ou du défaut de sincérité des réponses ?

Il en résulte un grand embarras pour l'établissement du diagnostic précoce que nous poursuivons dans bien des affections, et qui, seul, permet d'obtenir arrêt ou guérison du mal ; et, comme conséquence nécessaire, d'inévitables et regrettables lacunes, dans nos prescriptions de prophylaxie et d'hygiène.

De même, à nos heures de loisir, cette coutume nous eût permis de suivre, chacun dans notre rayon, les résultats de notre action, en médecine privée ou publique, par des récapitulations ou des vues d'ensemble, appelant des réflexions utiles à l'intérêt général et à la science. On y eût trouvé les données d'une large expérimentation, indispensables à la solution des éternels problèmes de transmission héréditaire, de parenté étiologique, sur lesquels on discute tous les jours, sur documents incomplets, et en se plaçant à des points de vue plus souvent hypothétiques que réels.

Si l'on veut se convaincre de l'exactitude de ce que nous venons de dire, il suffit de lire une petite brochure, d'apparence modeste, que récompensa dernièrement l'Académie de médecine, et qu'a publiée un des plus anciens membres du *Concours médical*, M. le Dr Lecerf, de Saint-Julien de Concelles (Loire-Inférieure), sous le titre d'*Etude démographique de la commune de Saint-Julien*.

Notre confrère s'est bien tenu, pendant les trente années d'exercice qu'il nous présente, au courant de toutes les discussions scientifiques, des évolutions de l'hygiène et de la médecine, des théories qui sont en faveur ou le furent à d'autres époques. Mais il a aussi pris note des résultats que sa pratique journalière obtenait, en s'inspirant de ces théories.

Et quand il se recueille aujourd'hui, pour faire son exposé, sans parti pris, et pour en tirer des conclusions judicieuses et pratiques, on est charmé de voir avec quelle netteté de mise au point, il fait passer, sous nos yeux, et le spectacle des progrès réellement effectués, jusqu'au sein de nos campagnes, sous l'action du médecin qui fut fidèle à sa tâche, et le tableau de ce qui reste à faire.

Par les biographies des Maîtres, on a tracé *l'Histoire de la médecine*. Ne serait-il pas plus intéressant, par des historiques de clientèle, analogues à ceux des régiments, de fournir les matériaux d'une *histoire de la santé publique* ?

C'est une distraction utile que nous signalons à nos lecteurs. Il en résulterait profit pour eux-mêmes et profit pour la science, car la clientèle avec la variété de ses cas, est le véritable champ d'observation générale, dont la récolte devrait sans doute profiter au développement de la médecine, plus que les faits, systématiquement groupés, d'un milieu hospitalier, c'est-à-dire exceptionnel.

H. JEANNE.

LA SEMAINE MEDICALE

Le microbe de la fièvre jaune.

Le Dr *Staanarelli*, de Montévideo, vient de décrire, dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, les premières découvertes qu'il a faites sur le microbe de la fièvre jaune. Nous empruntons quelques très intéressants détails au *Bulletin médical* : Le signalement du nouveau micro-organisme est le suivant: bacille d'une longueur de 2 à 4 μ et d'une largeur moitié moindre, muni de cils nombreux se montrant, le plus souvent accouplé avec un autre bacille de même nature non colorable par le Gram ; ne liquéfie pas la gélatine, où il se présente sous la forme de colonies arrondies, transparentes ; pousse facilement sur gélose à 37° avec un aspect arrondi, irisé et lisse ; lorsque ces mêmes cultures sur gélose sont soumises à une température ambiante de 20 à 28°, on observe autour des cultures planes, la formation d'un bourrelet saillant, blanc opaque, qui contraste absolument avec la partie centrale de la culture. Ce phénomène *est tout à fait* caractéristique et doit permettre à tous les microbiologistes de dépister le bacille ictéroïde au milieu de l'innombrable flore que font éclore les ensemencements de sang ou d'organes de malades atteints du typhus amaril. En vingt-quatre heures, c'est-à-dire après douze heures à l'étuve 37°, et douze heures à la température du laboratoire, les tubes de gélose fournissent le diagnostic bactériologique de la fièvre jaune, par l'apparition, sur leur surface, de colonies nacrées, blanchâtres, arrondies, et représentant chacune un *sceau de cire à cacheter*.

Le microbe de la fièvre jaune est pathogène pour la plupart des animaux domestiques, et il peut être transmis expérimentalement, soit par la voie sous-cutanée, soit par le péritoine, soit par la trachée-artère ; mais quelle que soit la porte d'entrée du virus, l'infection amarile se manifeste par un processus cyclique, avec mor habituelle du cinquième au septième jour. A ce moment, les bacilles ictéroïdes ont presque complètement disparu du sang et des organes : la rate, leur dernier asile, en renferme quelques-uns ; puis, brusquement, il se fait chez les animaux une multiplication générale et abondante de ces mêmes microbes, une véritable septicémie à laquelle ils succombent en quelques heures. Lorsque les animaux sont inoculés par la trachée-artère, la mort est plus rapide et se produit, non plus par infection bacillaire, mais bien par une intoxication foudroyante, avec lésions dégénératives des principaux viscères.

Ces constatations expérimentales, que l'auteur a reproduites un grand nombre de fois sur les cobayes, les lapins, les chiens et les singes, donnent à l'ensemble des recherches qu'il a exposées, dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, une rigueur convaincante.

En résumé, c'est bien à un microbe spécifique, au bacille ictéroïde, qu'il faut attribuer la fabrication de la toxine, qui porte son action destructive sur les principaux viscères, foie, reins et rate. Le tube digestif n'est touché que par contre-coup, et les nombreux micro-organismes, qui l'habitent n'entrent en jeu que secondairement, épisodiquement, si l'on peut s'exprimer ainsi.

Mais il reste encore à trouver le sérum antimarilique.

Action des rayons Rœntgen sur la tuberculose pulmonaire.

MM. *Bergonié* et *Mongour*, de Bordeaux, ont étudié l'action des rayons de Röntgen sur la marche de la tuberculose pulmonaire. A cet effet, les malades étaient étendus sur un lit, et un tube était placé au niveau des parties atteintes, la surface de la peau étant recouverte d'un vêtement léger. La distance entre l'anticathode et la peau était de 20 centim., la durée d'exposition de dix minutes.

FEUILLETON

Médecins et pharmaciens.

Un très aimable pharmacien, M. F..., membre de la Chambre de discipline des pharmaciens de la Seine, etc., m'a invité à plusieurs reprises à le seconder dans une tâche, qui lui est chère : rétablir la bonne harmonie entre médecins et pharmaciens. « La médecine et la pharmacie, ces deux sœurs, doivent-elles toujours vivre en sœurs ennemies, m'écrivait-il récemment.

« Voulez-vous bien nous seconder en faisant appel à tous les hommes de bonne volonté, pour renvoyer aux Anglais et aux Américains leur odieuse maxime : « La lutte pour la vie. » Il ne nous appartient, à nous, que de lutter en bons et vaillants alliés contre la maladie et contre la mort. Ne sommes-nous pas capables de rendre, à ce beau nom de confrères, son sens vrai, en faisant triompher la divine maxime: Aimez-vous les uns les autres. »

Comme opposition aux sentiments de conciliation qui précèdent, un journal de médecine vient de publier l'entrefilet suivant, qui dénonce d'emblée un des griefs les plus habituels qu'on reproche aux pharmaciens.

« Dédié aux spécialistes millionnaires de la pharmacie (pour leur rappeler l'humilité de leurs origines et rabattre un peu leur orgueil) :

« Dans une fine étude sur les *Apothicaires au XVIIe siècle*, l'auteur nous dépeint l'officine de ces ancêtres de nos pharmaciens, celle de Glazer, en particulier, « à la Rose rouge », avec la minutie comique et consciencieuse d'un maître hollandais ; il nous raconte les luttes entre apothicaires et médecins. Ces derniers n'étaient pas tendres. Exemple : « Tout apothicaire qui délivrait un médicament, sans ordonnance de médecin, était condamné à la perte d'une oreille. » On se demande par quelle autre amputation eussent été châtiés les crimes pharmaceutiques plus graves, la consultation « gratuite » par exemple ? »

In caudâ venenum. — Voilà évidemment une façon d'empiéter sur les attributions du médecin, qui est cause de bien de querelles et de difficultés.

Je suis arrivé à un âge où on est devenu forcément, du fait même de l'expérience de la vie, conciliant et tolérant. Je suis donc partisan de l'entente la plus complète entre médecins et pharmaciens; je serais enchanté de les voir marcher unis, la main dans la main, pour le plus grand bien de leurs semblables et même de leurs intérêts matériels, qu'il n'est pas possible de négliger, lorsqu'on a de la famille, des enfants, lorsqu'on veut assurer le repos de ses vieux jours. — L'avenir est peu rassurant pour tous les contribuables français et on

Dans ces conditions, il n'y a jamais eu d'érythème à la surface de la peau, jamais d'accident.

Cinq malades seulement ont persisté dans le traitement.

De ces cinq observations, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Dans deux cas de phtisie aiguë ou la déchéance était accrue par l'alcoolisme et les privations, l'action des rayons X a été absolument nulle, aussi bien sur l'état local que sur l'état général.

2° Trois cas de tuberculose pulmonaire chronique ont donné : un résultat nul, une amélioration immédiate de l'état général, sans modification de l'état local ; une amélioration de l'état général et local pendant un mois et demi, puis une poussée nouvelle est survenue.

3° Dans les trois cas où les rayons n'ont pas eu d'action favorable, la tuberculose pulmonaire a suivi son cours sans qu'il se soit produit de poussées nouvelles imputables au traitement.

4° Le bacille de Koch n'a pas paru modifié ni comme nombre, ni comme forme, sous l'action des rayons X.

5° Il est probable qu'il se produit, sous l'influence de ces rayons, une organisation meilleure du parenchyme pulmonaire, pour la lutte contre le bacille de Koch, peut-être même une action phagocytaire plus intense.

Ces faits sont en somme peu encourageants à poursuivre de pareilles recherches.

Eruption médicamenteuse chez l'enfant

M. le Dr Faivre rapporte, dans le *Poitou médical*, un fait d'éruption médicamenteuse important à connaître.

Il s'agit d'un enfant de 8 mois, qui présentait pour la troisième fois, en dehors de tout état général, au niveau de la face et du cou, de petites taches rouges à centre phlycténulaire, au nombre de cinq ou six et disséminées. Après 24 heures, la partie centrale, séchée et ratinée, qui avait primitivement un aspect ortié, rappelait l'engelure ; mais, outre la question de siège, il n'y a eu, à aucun moment, le moindre prurit. Informations prises, cette éruption coïncidait avec l'emploi d'un sirop vermifuge, et cessait avec cette médication dirigée par la mère contre l'excitation d'origine dentaire ou vermiculaire. Sans nier l'influence de ces deux facteurs, exagérée dans le monde extra médical, on peut penser qu'il faut attribuer cet érythème à caractères mal définis, au bromure de calcium, qui constitue la base du sirop précité. On trouve bien, dans les *Traités de dermatologie*, la description des effervescences multiples du bromisme, en particulier chez les enfants ; mais il s'agit toujours des sels de potassium ou de sodium. Wickham, entre autres relations, a signalé, l'année dernière, une éruption vésico-pustuleuse d'origine sodique.

On peut conclure que le sirop en question peut provoquer, chez certains enfants, en bas âge, plus ou moins prédisposés, l'apparition des taches érythémateuses à centre phlycténoïde, de par le bromure de calcium qui en est la base. Ces faits passent souvent inaperçus dans la pratique, qu'on les rapporte, ou non, aux dents et aux vers, sinon au lait.

Type choréiforme de la méningite tuberculeuse.

Aux formes apoplectique, épileptique, à délirium tremens, tétanique, hémiplégique, diarrhéique et comateuse, que M. Chantemesse a décrites dans la méningite tuberculeuse de l'adulte, M. le Dr *Breton*, de Lille, ajoute un nouveau type qu'il a observé dans le service de M. le Dr Combemale et qu'il a décrit dans sa thèse. Le *Jour-*

---

ne saurait qu'approuver ceux qui, sans rien exagérer, ont un louable souci du lendemain.

Mais, franchement, au point de vue de la pacification des esprits, les pharmaciens peuvent faire encore plus que moi, en se renfermant strictement dans leurs attributions propres, en n'empiétant pas d'une façon excessive sur le rôle du médecin, en ne se figurant pas et en ne disant pas qu'ils en savent autant que lui, en ne poussant pas trop loin l'instinct mercantile. — Un trop grand nombre ne sont guère plus relevés que de vulgaires épiciers ; la recette est l'objectif unique de leurs aspirations ; il s'agit d'emplir la caisse avant tout et par tous les moyens, de faire des affaires, de lancer une spécialité fructueuse, et de jouer la grosse caisse avec emphase et tumulte, pour arriver à empocher la forte somme.

Cette rapacité, cet envahissement des mœurs commerciales, paraîtra toujours odieux aux médecins, qui en voient les ficelles de trop près. — Parmi ces derniers, il y a aussi des âmes vénales, trop préoccupées de battre monnaie ; mais ce ne sont pas les plus estimables et la grande majorité, comme une notable portion des pharmaciens les plus instruits et les plus honorables, déplorent ce mercantilisme, cette hâte fiévreuse de s'enrichir, de lancer *quelque chose*, qui fasse prime et rapporte de gros revenus. Les limites d'une ambition raisonnables sont franchies sans vergogne, et avec la fièvre d'agiotage, qui s'est emparée de nos contemporains, on se demande avec une certaine inquiétude où s'arrêtera la boulimie pharmaceutique.

Il y a évidemment là des ambitions à réprimer et il me semble qu'on devrait plus facilement pardonner à quelques pauvres diables des quartiers excentriques, qui se laissent entraîner à donner des conseils médicaux, qu'on vient leur demander avec instance et qu'on ne réclamerait pas à un médecin, s'il fallait les payer, que de fermer les yeux sur les entreprises à gros capitaux, destinées à favoriser le lancement d'un produit, aussi bien que les installations fastueuses et à prix réduits, qui tendent à couler tous les autres concurrents d'un quartier.

— C'est la lutte pour la vie, c'est la concurrence, me dira-t-on ; c'est le droit du plus fort et du plus habile d'écraser des rivaux sans merci. — Oui, je sais bien que la chose se fait couramment dans d'autres corporations ; c'est la spéculation impitoyable, ce qui a permis de dire : « Le commerce c'est le vol », axiome beaucoup plus vrai, plus précis, que la dangereuse affirmation de Proudhon : « La propriété c'est le vol. »

Mais c'est précisément parce que la pharmacie est d'essence plus noble qu'elle devrait moins trafiquer, être moins préoccupée de battre monnaie. — On veut marcher sur les traces des veinards qui ont gagné le gros numéro à la loterie ; mais ce ne sont pas les meilleurs modèles ; il y en a d'autres qui méritent plus d'estime et de considération, et avec lesquels les médecins sympathiseront toujours. Ce

nal de chirurgie pratique de Championnière nous en fournit le résumé suivant :

Il s'agit d'un malade, tuberculeux avéré, qui, à la suite d'excès de boisson, fut pris de phénomènes nerveux singuliers, qui firent d'abord penser au delirium tremens.

Cependant, il se calma un peu, entra à l'hôpital, et après une nuit un peu délirante, voici ce qu'on observa :

« Pendant cet examen, le malade est très agité. Il a absolument l'aspect d'un choréique. Il y a une incoordination motrice absolue ; le malade parvient à avancer en faisant de grandes oscillations, en essayant de s'accrocher aux meubles et en gesticulant. Il lui est impossible de rapprocher les talons et de se tenir sur un pied. Ses membres inférieurs sont le siége de fléchissements soudains et de secousses musculaires : même incoordination des membres supérieurs ; tremblements d'ordre choréique, parfois rythmés de la façon la plus manifeste. Le malade n'arrive à porter un verre à sa bouche qu'après de longues pérégrinations.

Les muscles de la face, des paupières, de la nuque et du tronc, sont le siége des mêmes phénomènes choréiques. En un mot, il s'agit d'une folie musculaire complète et généralisée. La parole est entrecoupée et souvent inintelligible; la face est grimaçante et profondément obnubilée. Le malade paraît ne pas comprendre ce qu'on lui fait subir. Par instants la mémoire lui manque et il n'est plus capable d'attention. Du côté des yeux on observe un degré très avancé de strabisme interne de l'œil gauche. »

Cet état se modifia du reste rapidement : cette agitation choréiforme fut d'abord interrompue par des accès convulsifs, puis le malade tomba dans le coma trois jours après. L'autopsie montra les lésions d'une méningite tuberculeuse vulgaire, sans localisations particulières.

MÉDECINE PRATIQUE

Ce qu'il faut penser des accidents des vésicatoires.

Un anathème, bien peu justifié, pèse depuis quelques années sur le vésicatoire cantharidien.

Plusieurs maîtres des hôpitaux ont, récemment encore, insisté sur les désastres produits par les vésicatoires cantharidiens et dénoncé à la vindicte publique les crimes de cet instrument de torture. Bien que tout à fait partisan du progrès, élevé à la nouvelle école et peu suspect de partialité pour les méthodes surannées, nous ne saurions laisser passer ces injustices sans protester. Nous allons donc chercher aujourd'hui à réhabiliter le vésicatoire cantharidien, en faisant autant que possible toucher du doigt les précautions à prendre.

I

LES ACCIDENTS DES VÉSICATOIRES.

Le vésicatoire cantharidien est composé d'un mélange de cire vierge, d'emplâtre simple, de poix blanche et de cantharides pulvérisées. Ces insectes contiennent, dans leurs antennes et dans leurs membranes de revêtement, une substance extrêmement irritante, la cantharidine, qui provoque, au contact des épithéliums, des muqueuses et de l'épiderme de la peau, des éruptions vésiculeuses, des phlyctènes plus ou moins étendues, qu'on a désignées sous une seule et même appellation : la VÉSICATION. Tout ce qui est en contact direct avec la cantharidine est vésiqué, et les emplâtres qui la contiennent sont dits vésicants, ou encore vésicatoires. Quand la cantharidine a agi sur l'épiderme, et l'a séparé du derme par phlycténation, vésication, elle pénètre dans l'organisme par les lymphatiques, se glisse dans le torrent circula-

---

sont les laborieux et les modérés, qui, sans renoncer à voir leurs travaux convenablement rémunérés, cherchent surtout à arriver à la notoriété, à la fortune, en faisant des découvertes utiles, en préparant des médicaments irréprochables, en ne négligeant rien pour mériter l'estime et la confiance. — Ils réussissent peut-être moins vite que les banquistes audacieux, dont je parlais tout à l'heure ; mais leurs succès sont de meilleur aloi et ne sauraient causer d'ombrage à personne. C'est le fruit de leur mérite personnel, de leurs veilles prolongées, et il est tout naturel que chacun leur rende justice, sans arrière-pensée.

C'est une bonne fortune pour un médecin d'être secondé par un pareil collaborateur, de pouvoir le recommander à l'occasion, de s'en rapporter à lui, avec la certitude que ses prescriptions seront bien exécutées, qu'il n'y aura pas de substitution, ni d'erreur de posologie.

Dans de telles conditions, les froissements et les difficultés deviennent impossibles ; on s'apprécie réciproquement, et on ne cherche plus à se dénigrer; le médecin ne regarde plus dédaigneusement son voisin et ne cherche nullement à le critiquer, à l'amoindrir. — Car, il faut bien le reconnaître, il y a des médecins qui le prennent d'un peu haut avec certains pharmaciens et qui sont trop prompts à manquer de courtoisie et de déférence. Ce n'est pas toujours juste. Parce que le pharmacien a besoin de nous, que nos ordonnances le font vivre, ce n'est pas une raison pour le lui faire sentir, pour exiger de sa part des courbettes et une flagornerie, peu compatibles avec une dignité qui se respecte, avec un amour-propre tant soit peu chatouilleux.

Il y a plus de mérite à se montrer serviable avec bonne grâce, en se contentant des égards et de la gratitude sans emphase, qui président aux relations des gens tant soit peu éduqués. La solution la plus simple pour résoudre au mieux la question qui nous occupe, est l'application stricte de la fameuse devise : « Ne faites pas à autrui ce que vous ne voudriez pas qu'on vous fît à vous-mêmes. »

Avec son observance stricte, tout s'aplanit, tout conflit disparaît ; la paix règne en souveraine dans notre milieu et ses regards indulgents viennent illuminer les recoins les plus sombres, dissiper les nuages les plus menaçants. — Les torts sont souvent réciproques et on les aggrave par entêtement, par un sentiment de fierté mal comprise, où personne ne veut faire d'avances et se complaît à grossir des offenses insignifiantes. — Ah ! que la vie serait donc bonne, si on ne la gâtait pas, si on ne la compliquait pas par des exigences et une nervosité déplacées, hors de proportion. Je forme des vœux pour que dans les deux camps on le comprenne enfin, et que l'harmonie y règne à l'avenir d'une façon aussi cordiale que durable !

Dr GRELLETY (de Vichy).

toire et se trouve portée, ainsi, dans le parenchyme rénal, pour y être éliminée. Là son action irritante se fait encore sentir : si elle est abondante, elle provoque une sorte de vésication de l'épithélium des tubuli contorti, les gonfle, les obture, détruit complètement l'épithélium et cause une néphrite aiguë très grave ; si elle est seulement à petite dose dans le rein, elle provoque un peu de desquamation épithéliale et favorise ainsi la guérison des néphrites épithéliales (Rayer, Lancereaux).

La cantharidine passe dans l'urine et irrite la vessie qu'elle enflamme et qu'elle desquame ; c'est la *cystite cantharidienne*, annoncée par de la pollakiurie, du ténesme, puis de l'anurie. Transportée par le torrent circulatoire, dans les poumons, la cantharidine y amène de la congestion par destruction épithéliale lobulaire ; dans les bronches, elle cause une vésication bronchique intense ; dans les articulations, elle produit une congestion synoviale énorme avec douleurs arthralgiques pseudo-rhumatismales ; dans les vaisseaux sanguins eux-mêmes, elle provoque de l'endartérite et de l'endophlébite. Il n'est pas jusqu'au système nerveux, et au système encéphalique, qui ne soientin toxiqués par ce poison terrible.

Tels sont les accidents que produit la cantharidine à haute dose. Doit-on craindre que tous les vésicatoires ne les provoquent ? Evidemment non. La morphine, la quinine, le mercure sont d'affreux poisons ; les gens sensés les repoussent-ils à priori, et se privent-ils obstinément de leurs bienfaits, sans s'inquiéter si telle ou telle dose peut procurer du bien ou du mal. Mais, dira-t-on, les potions et les pilules peuvent être dosées, les vésicatoires agissent aveuglément, sans qu'on puisse graduer les doses de la cantharidine absorbée. Il y a du vrai dans cette objection ; cependant, elle est parfaitement négligeable, si l'on considère que les accidents cantharidiens sont bien rarement graves, et que, si l'on ne peut doser l'absorption, on peut, avec quelques précautions, prévenir l'intoxication.

Donc, les premiers accidents reprochés aux vésicatoires sont la cystite, la néphrite, la bronchite, la congestion pulmonaire, les arthralgies, les phénomènes d'excitation cérébrale et nerveuse, l'éréthisme génésique. Les deux plus sérieux sont la cystite et la néphrite ; car ils impliquent la nécessité d'une intégrité parfaite des organes urinaires avant l'application d'un emplâtre cantharidien. Cet emplâtre, en effet, aggraverait la cystite et amènerait des accidents d'urémie, s'il y avait de la néphrite antérieurement.

Les autres accidents que peuvent amener les vésicatoires, sont les uns d'ordre local, les autres d'ordre général. Les accidents locaux sont ceux des plaies habituellement : lymphangite, suppuration, infection, ulcérations, phagédénisme, gangrène, cicatrices vicieuses, impotence fonctionnelle, temporaire ou permanente. Les accidents d'ordre général sont des phénomènes de dépression, d'adynamie, d'anémie, produits soit par les souffrances de chaque pansement, soit par l'abondant écoulement de sérosité qui spolie le sang et en diminue la vigueur.

Les plaies ulcéreuses des vésicatoires sont parfois horriblement douloureuses ; elles saignent abondamment à chaque pansement, gagnent rapidement en largeur et en profondeur et exigent souvent trois à six semaines pour se réparer ; encore faut-il que le sujet ait la force, la vitalité nécessaire pour faire les frais de cette laborieuse réparation. Cette plaie se recouvre de bourgeons fongueux, d'une façon interminable, ou bien elle se laisse infecter par les microbes étrangers, le streptocoque, le staphylocoque, qui y amènent la suppuration ; le pneumocoque, le bacille de Loëffler, qui y provoquent la formation de fausses membranes diphthériques ou diphthéroïdes, le bacille du tétanos, le bacille d'Eberth, le coli-bacille, etc. Autrefois, avant les pratiques modernes, on pouvait même trouver des parasites plus volumineux dans les ulcères des vésicatoires (vers, asticots, etc.). Les cicatrices consécutives à ces ulcérations sont forcément horribles, et entravent, parfois, même, les mouvements dans la région qu'elles ont complètement déformée. La peau fine et mal nourrie de ces cicatrices se recouvre parfois de chéloïdes, de tumeurs malignes, d'épithéliomas, dans un avenir plus ou moins éloigné. Enfin, les accidents d'adynamie provoqués par les vésicatoires aggravent fréquemment l'état du malade, et l'empêchent de lutter efficacement contre ses ennemis, toxines et microbes.

C'est ainsi, disent les adversaires du vésicatoire, que cet affreux médicament sous prétexte de thérapeutique, provoque de l'albuminurie, ferme le filtre rénal, creuse d'abominables plaies et ouvre la porte à toutes les infections secondaires, affaiblit le malade, aggrave son état et ajoute une maladie de plus, contre laquelle son organisme devra lutter aussi, quand il n'y succombera pas.

Que d'exagérations ! Que d'erreurs ! Encore une fois, c'est comme si l'on accusait l'acide phénique ou le sublimé de toutes les complications des plaies, parce que plusieurs imprudents, ignorants ou négligents, ont manié de travers ces puissants moyens de désinfection.

Certes, le vésicatoire est un moyen très énergique, il faut savoir le manier pour ne pas commettre de graves fautes et pour ne pas aggraver l'état du patient. Mais, il y a une énorme différence entre rejeter complètement de parti pris, comme le veulent certains exagérés, et chercher les cas où il vaut mieux s'abstenir, tandis que d'autres pourront en tirer un mervellleux bénéfice. Plusieurs médecins d'aujourd'hui ont trop de tendance à se jeter, sans réflexion, dans un scepticisme presqu'absolu à l'égard de la thérapeutique et de ses indications. De ce que, dans tel et tel cas, les essais que l'on a faits, ont échoué notoirement, s'ensuit-il qu'il soit permis de généraliser ? Par cette méthode, on en arrive à douter de tout et par conséquent à ne rien chercher : on n'étudie plus son malade que par pure curiosité spéculative, et encore, quand on se donne la peine de l'étudier.

A quoi bon, puisque les maîtres des hôpitaux de notre époque enseignent à leurs élèves que la meilleure thérapeutique est presque toujours l'expectation, c'est-à-dire l'aveu dissimulé de son impuissance, l'abstention déguisée à quoi bon travailler ? Non, non, il ne faut pas rester inerte, paresseux, spéculatif devant une maladie contre laquelle on peut toujours beaucoup ; au

contraire, il faut faire de la savante stratégie, étudier l'ennemi, le terrain où il évolue, ses places fortes, ses points faibles, et frapper juste, en temps voulu. Voilà ce que doit faire le grand médecin, le médecin travailleur et savant, qui veut vraiment le bien de son malade. L'abstention, voulue d'avance, que conseillent tant de nos confrères, est un non sens ou une hypocrisie. Un non sens, puisque c'est l'abdication de la science, la banqueroute du travail, la négation de la nécessité de l'étude ; ou une hypocrisie, car ceux même qui publient de tels conseils, savent fort bien qu'aucun malade ne viendrait plus les consulter s'ils se bornaient à toujours leur dire : « Patience, cela se passera tout seul, si c'est possible, mais je ne veux rien vous faire pour ne pas vous rendre plus malade. » Sans doute, il ne faut pas aggraver la situation sous prétexte de faire que que chose quand même, afin de contenter lelmalade confiant ; mais il faut agir à propos et avec méthode.

II

PRÉCAUTIONS INDISPENSABLES POUR ÉVITER LES ACCIDENTS DES VÉSICATOIRES.

Il est certain qu'on a souvent à déplorer des accidents avec les vésicatoires cantharidiens, nous ne pouvons y contre dire ; mais à qui la faute? est-ce au vésicatoire, est-ce à celui qui l'applique ? nous répondrons simplement ; pas au premier, mais au second, à celui qui l'applique, ou plutôt à celui qui le fait appliquer. Combien de fois n'avons-nous pas constaté la manière défectueuse dont était prescrit en général le vésicatoire ? Il faut bien être persuadé que sur 100 personnes, 99 au moins ne savent pas mettre un vésicatoire, et c'est pour avoir oublié cette vérité que beaucoup de médecins ont eu à déplorer des accidents consécutifs. Chaque fois donc que l'on croira avoir nettement saisi l'indication de faire appliquer un vésicatoire, il ne faudra pas se borner à prescrire sur le papier : « Appliquer un vésicatoire de 12 centimètres carrés et panser au papier brouillard et au cérat. »

Non, c'est parfaitement insuffisant et défectueux. Si l'on n'a pas la patience d'en dire ou d'en écrire plus long, il vaut mieux s'abstenir de toute prescription. Encore une fois, la méthode d'application, que presque tout le monde ignore, est aussi importante que le vésicatoire lui-même.

Or, voici la longue liste des précautions, non négligeables, pour l'emploi du vésicatoire ; ce n'est pas de la manie, de la minutie, c'est de la méthode scientifique, comme l'antisepsie et l'asepsie.

Tout d'abord, on n'appliquera jamais de vésicatoires cantharidiens à des nouveau-nés, ni à des enfants de moins de six mois. A cet âge, rien n'est plus énergique que les cataplasmes sinapisés, les bains sinapisés et, au besoin, le badigeonnage vésicant phéniqué :

Acide phénique neigeux......	9 gr.
Alcool à 90..................	1 gr.

Chez un enfant, on n'appliquera jamais deux vésicatoires à la fois. Dans la coqueluche, dans la diphthérie, dans la rougeole et la fièvre typhoïde surtout, il est absolument néfaste d'appliquer un vésicatoire cantharidien ; et dire que nous voyons souvent de malheureuses petites victimes de 10 et 15 mois, en pleine rougeole, avec deux grands vésicatoires de 10 cm. carrés à la fois, un de chaque côté ; on peut deviner d'avance le résultat qu'amène cette inconsciente barbarie : l'adynamie, la gangrène et la mort dans d'affreuses souffrances.

A partir de deux ans, chez l'enfant, on peut employer les vésicatoires comme chez l'adulte, tout en ayant soin de bien en modérer l'étendue : *huit centimètres carrés* au maximum, et encore jamais deux à la fois.

Chez le vieillard, à moins de dépression et de collapsus, il n'y a aucun danger à employer le vésicatoire cantharidien.

En ce qui concerne la question du terrain, il faut s'abstenir d'une manière absolue chez les diabétiques et les cancéreux. Quant aux albuminuriques, il ne faut pas être trop absolu. Bien des albuminuriques (néphrite parenchymateuse) peuvent supporter, sans graves inconvénients, un et même deux vésicatoires consécutivement : il vaut évidemment mieux recourir à d'autres moyens, mais on ne saurait s'accuser de grande culpabilité parce qu'on aurait mis un vésicatoire à un albuminurique, à moins que l'urine ne donne un précipité caillebotté, sous l'influence de la chaleur et de l'acide acétique.

Reste maintenant l'importante question de la durée de séjour en place de l'emplâtre vésicant. On a beaucoup exagéré cette importance ; néanmoins, nous convenons qu'elle n'est pas négligeable : chez l'enfant tout jeune, nous nous contentons de 3 heures, ce qui est encore bien plus long que ne le veulent certains auteurs : une heure à une heure et demie, dit J. Simon ; c'est absolument insuffisant ; chez les enfants au-dessous de dix ans, 5 à 6 heures sont nécessaires ; enfin, chez l'homme adulte, nous laissons en place 12 heures, et chez la femme, 10 heures. Ces durées ne sont pas des moyennes, mais des limites exactes, précises, générales, qui se basent sur l'expérience du temps nécessaire à l'action de la cantharidine.

Prolonger ces limites serait imprudent, inutile et cruel. Lorsque la vésication n'est pas produite au bout de ce temps, il faut enlever l'emplâtre et le remplacer par un cataplasme de farine de lin boriquée, qui généralement fait lever la phlyctène au bout d'1/2 heure à 1 heure au plus.

Supposons maintenant que, l'indication une fois bien établie d'appliquer un vésicatoire, on prescrive cette application au malade ; voici tout ce qu'il est indispensable de dire et d'expliquer :

Avec un crayon dermographique ou une plume et de l'encre, le médecin trace, lui-même, sur la peau, dans la région qu'il a choisie, le territoire et l'étendue qu'il assigne au vésicatoire. Il dit ensuite à la personne chargée de soigner le malade : « Vous prendrez une brosse à ongles, de l'eau tiède ayant bouilli ou mieux de l'eau au sublimé à 1/1000 tiédie, puis un peu de savon. Vous remarquerez bien le dessin que j'ai fait avant que le nettoyage ne l'efface, puis vous savonnerez et brosserez énergiquement cette région avant de coller le sparadrap vésicant. Après ce nettoyage, vous essuierez la peau avec un tampon d'ouate hydrophile imbibé d'alcool, puis imbibé d'éther et vous appliquerez alors

seulement, la face noire du sparadrap préparé par le pharmacien, sur la région ainsi aseptisée. »

Le sparadrap vésicant est habituellement encadré dans une bandelette périphérique de diachylon destinée à le faire mieux adhérer et à le coller à la place voulue. On arrose souvent le sparadrap d'alcool ou d'éther camphré, pour diminuer les chances de néphrite et de cystite cantharidienne : c'est inutile et même parfois nuisible à la bonne révulsion, à la forte vésication du vésicatoire ; d'ailleurs, le camphre est en quantité trop minime pour avoir véritablement une action préservatrice. Le mieux est d'engager le malade à boire abondamment du lait ou des tisanes de queues de cerises, de pariétaire, de stigmates de maïs, pendant qu'il a son vésicatoire en place.

Le vésicatoire une fois appliqué, ne devra être conservé que le temps indiqué expressément par le médecin, 3 h. pour le petit enfant, 6 h. pour l'enfant, 12 h. pour l'adulte homme, 10 h. pour l'adulte femme.

Presque toujours, la vésication sera obtenue complètement. Si pourtant, on constatait un échec, il suffirait d'appliquer à la place du sparadrap un cataplasme de farine de lin ou de fécule de pomme de terre, arrosé d'eau boriquée bouillie. Au bout d'1 heure, les phlyctènes seront formées.

On devra percer les phlyctènes avec une aiguille flambée ou avec des ciseaux antiseptisés, mais on évitera de tirailler l'épiderme soulevé et surtout de le découper pour nettoyer la plaie et pour la découvrir. Ce serait une faute grave, car le malade éprouverait à chaque pansement de très vives douleurs, par suite du contact direct du derme dénudé avec l'air extérieur.

Enfin, il reste le pansement, qui doit être minutieux et antiseptique, pour assurer la prophylaxie des accidents infectieux et gangréneux.

Deux méthodes sont également bonnes à employer : le pansement sec unique ou bien les pansements humides à la vaseline antiseptique. Le pansement sec se fait avec deux ou trois carrés d'ouate hydrophile au sublimé, ou mieux à l'acide salicylique ou au salol, recouverts d'une serviette et maintenus par un bandage de corps. Si l'écoulement de sérosité traverse, on remplace les morceaux d'ouate superficiels par d'autres secs et propres, mais on se garde bien d'arracher celui qui est immédiatement collé sur la plaie. La cicatrisation se fait en dessous sans qu'il soit besoin de surveillance.

Si le sujet est impatient, nerveux, remuant et curieux, il vaut mieux employer le pansement bi-quotidien humide, avec, soit du papier brouillard, soit 3 ou 4 doubles de gaze au salol, tartinés de vaseline au salol à 2 ou 3/30. Cette vaseline au salol est beaucoup moins cuisante sur les plaies de vésicatoires, que la vaseline boriquée ; elle est d'ailleurs plus antiseptique, et nous la recommandons sous tous les rapports.

Avec ces précautions, tout vésicatoire guérit en 4 jours au maximum et ne provoque JAMAIS d'accidents sérieux.

On peut aussi avoir recours à une solution chloroformique de cantharidine et de cantharidate de soude, qui s'emploie comme la teinture d'iode, sous forme liquide, en badigeonnages et qui nécessite toujours les mêmes soins préliminaires de nettoyage de la peau, et les mêmes pansements secs ou vaselinés que nous venons de décrire.

Du moment où les accidents des vésicatoires ne sont pas à craindre, pourquoi se priver de leurs merveilleux effets curatifs et, dans certains cas, suggestifs. Le malade est toujours soulagé quand il se voit débarrassé d'une centaine de grammes de sérosité et, en fait, ce soulagement est réel ; nous avons déjà insisté dans un article du *Concours* de 1895, sur les avantages de la révulsion et sur la puissance d'action de la vésication dans les congestions pulmonaires, hépatiques, cardiaques, utéro-ovariennes, articulaires, etc. On aura beau faire, on ne remplacera pas les vésicatoires par les pointes de feu ou les ventouses.

Disons, pour terminer, que l'esthétique n'a rien à réclamer contre l'emploi des vésicatoires tels que nous venons de l'exposer ; l'absence de suppuration et la prompte cicatrisation obtenues, empêchent les marques indélébiles qu'on leur reprochait autrefois.

Dr PAUL HUGUENIN.

CLINIQUE RHINOLOGIQUE

Réflexes d'origine nasale.

Il existe toute une série de troubles pathologiques, tels que certains accès d'asthme, certaines névralgies, dont on doit rechercher la cause dans une lésion des fosses nasales. Ces cas se rencontrent fréquemment dans la pratique et sont, assez souvent il faut bien le reconnaître, l'occasion d'erreurs de diagnostic et comme conséquence immédiate d'insuccès thérapeutiques. Nous n'en voulons pour exemple que l'histoire suivante d'une de nos malades : il s'agissait d'une femme atteinte de dyspnée, toux, sifflements respiratoires, ayant engendré à la longue de l'anorexie et des douleurs généralisées. Successivement les diagnostics les plus divers furent portés — bronchite, emphysème, affection abdominale... — et les traitements les plus variables prescrits, même par des maîtres, sans aucun succès. Or, la malade guérit en quelques jours... par simple ablation de polypes du nez.

Lorsque, en effet, un phénomène pathologique quelconque cède — et cède seulement — au traitement nasal ; lorsque de semblables cas se répètent et se multiplient, la preuve clinique est faite, et la lésion nasale doit être considérée comme la cause, les autres symptômes comme des effets. D'ailleurs les recherches expérimentales de Schiff, F. Franck, sont venues donner un appoint théorique aux faits d'observation. Nous ne croyons pas toutefois devoir insister ici sur la question de physiologie pathologique, notre étude étant avant tout clinique. Dans l'énumération qui va suivre, l'action nerveuse n'est pas toujours seule en cause ; néanmoins nous rangeons ces différents cas sous le titre commun de réflexes du nez parce qu'en général, malgré la complexité de la pathogénie, l'action réflexe domine.

La plus connue des névroses nasales est l'asthme nasal. Les travaux de Hack sur ce sujet ont soulevé dans le monde médical de nombreuses

et vives discussions, les uns voulant rattacher toujours l'accès d'asthme aux fosses nasales, les autres, au contraire, refusant au nez toute espèce d'influence. En réalité ces deux théories sont l'une et l'autre excessives, et, si le nez ne cause pas toutes les crises d'asthme, il est indéniable néanmoins qu'il joue un très grand rôle chez bon nombre d'asthmatiques. Très souvent, en effet, le traitement nasal suffira à lui seul à guérir l'asthme d'une façon définitive ; quelquefois il soulagera simplement le malade pour un certain temps. Il est parfois aussi d'un résultat nul.

Les lésions nasales susceptibles de provoquer des crises de dyspnée asthmatique sont assez nombreuses, parfois grossières comme des polypes sortant des narines, d'autres fois au contraire légères et beaucoup moins apparentes comme l'hypertrophie localisée des cornets. Certains praticiens, insuffisamment au courant de la question, ne s'occupent du nez qu'en présence d'une obstruction totale de cet organe par des polypes assez gros et assez nombreux pour être visibles sans spéculum rhinoscopique. Cette façon de faire laisse passer beaucoup d'asthmes nasaux parfaitement curables par le traitement de la cause. Nous croyons absolument nécessaire que tout asthmatique fasse examiner ses fosses nasales et les soigne s'il y a lieu.

La migraine, les névralgies faciales peuvent dépendre d'une affection de la pituitaire, soit qu'il y ait action réflexe, soit aussi que les lésions nasales proprement dites aient atteint les sinus frontaux ou sphénoïdaux. La névralgie faciale ne présente rien de particulier au point de vue symptomatique. Elle revêt les caractères ordinaires des névralgies du trijumeau, mais elle a toutefois pour caractéristique de disparaître par le traitement approprié à l'état du nez. Il en est de même pour les céphalées frontale ou occipitale.

Chez un de nos malades, nous avons observé, au cours d'une rhinite hypertrophique, une salivation abondante se produisant à chaque attouchement de la pituitaire malade, n'existant qu'à ce seul moment et pendant les quelques minutes suivantes. Nous avons rapporté également, à la Société de Laryngologie, des observations de dermatoses congestives de la face liées à une affection nasale profonde.

Les névroses réflexes d'origine nasale se présentent également sur des organes éloignés, et on a pu y rattacher certains cas de toux spasmodique, de convulsions épileptiques ou choréiques de mélancolie. Dans ces derniers exemples la prédisposition nerveuse du sujet joue un rôle important.

Quelques auteurs ont pensé qu'il existait des régions particulières de la pituitaire dont l'excitation provoquait les réflexes, à l'exclusion presque totale du reste de la muqueuse. Sur ce terrain on était même allé jusqu'à de véritables localisations, attribuant un réflexe particulier à un territoire déterminé. Ces études ont besoin d'être complétées et surtout confirmées. Quoi qu'il en soit, le réflexe n'est pas lié à la nature même de la lésion et on peut dire qu'une altération quelconque de la pituitaire est susceptible de déterminer tous les réflexes dont il a été question plus haut, tantôt l'un et tantôt l'autre, suivant le sujet. Par conséquent, tout état pathologique des fosses nasales, parfois même une muqueuse saine, mais irritable, pourront provoquer indifféremment un accès d'asthme, une névralgie faciale, des accès de toux, etc...

Pour établir le diagnostic de névrose réflexe du nez, il faut s'enquérir de l'état de cet organe lorsqu'on est en présence d'un cas susceptible d'en dépendre, surtout si la cause du mal ne paraît pas nettement connue. Il ne suffit pas, bien entendu, de constater la coexistence d'une lésion nasale pour affirmer un réflexe nasal. L'épreuve du traitement, c'est-à-dire la guérison du réflexe par la guérison du nez, est la véritable pierre de touche du diagnostic.

En présence d'un malade qui, dès le premier jour, demande à être fixé sur son état, le médecin trouvera quelques indices dans l'importance des lésions nasales et dans les épreuves suivantes : celle du stylet porte-coton qui peut provoquer le réflexe lui-même, et surtout celle de la cocaïne. Lorsque les altérations de la pituitaire ne sont pas trop profondes un attouchement avec une solution de cocaïne, en amenant l'anesthésie, diminuera ou supprimera momentanément le réflexe pathologique. C'est un bon criterium suffisant lorsqu'il est positif. S'il est négatif, le traitement complet de l'affection nasale peut seule fixer le médecin.

Le traitement consistera à détruire la cause reconnue ou supposée : polypes, hypertrophies, simples congestions... cocaïne s'il y a seulement une muqueuse irritable. Si le réflexe est favorisé par un état général névropathique du sujet, on s'adressera utilement à cet état par des moyens appropriés.

Dr P. Lacroix.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

I. *La personne qui a pris l'initiative de l'appel d'un médecin, près d'un malade, peut, dans certaines circonstances, être personnellement responsable des honoraires.* (Tribunal de paix de Reims, 25 novembre 1895.)

Ci-dessous les considérants :

« Attendu que le Dr Colaneri réclame au sieur Duchassin une somme de 70 fr. pour soins donnés à sa fille ;

« Attendu que Duchassin plaide que, si sa fille a eu besoin d'un médecin, ce fait ne saurait lui être personnel, puisque celle-ci était majeure et que, domiciliée à Paris, elle n'était revenue que provisoirement à Reims ;

« Attendu qu'il appert, des débats, que les soins n'auraient été donnés par le requérant que sur la demande et grâce à l'intervention de la dame Duchassin mère ;

« Attendu, en droit, qu'il est admis par la jurisprudence de la Cour de Cassation (arrêt du 4 décembre 1872) que l'intermédiaire qui a pris l'initiative de l'appel d'un médecin auprès d'un malade, peut, suivant les circonstances, être considéré, comme s'étant obligé, soit personnellement d'une façon exclusive, soit solidairement, au paiement des honoraires, qui pourront être ultérieurement réclamés ;

« Attendu que, dans l'hypothèse qui nous est soumise, il apparaît d'une manière indiscutable que les époux Duchassin doivent être tenus pour garants de la rémunération litigieuse ; qu'ils ne

sauraient être assimilés à des tiers qui, mus par un sentiment d'humanité, se borneraient à conduire une personne étrangère chez le médecin ou simplement à prévenir celui-ci ;

« Attendu, d'ailleurs que la demoiselle Duchassin se trouvait dans un état d'insolvabilité tel que le Dr Colaneri ne pouvait suivre sa foi. »

II. *Prohibition aux dentistes de recourir à l'anesthésie locale ou générale sans le secours d'un médecin.* (Tribunal correctionnel de Montbéliard, 30 janvier 1896.)

Dans son audience du 30 janvier 1896, le tribunal correctionnel de Montbéliard vient de décider que le chlorure d'éthyle étant un agent d'anesthésie, il importe que ce produit, tel qu'il a été appliqué, ne produise qu'un effet local et n'introduise dans l'économie aucune substance toxique. Son emploi par un dentiste non muni de diplôme tombe donc sous le coup de la prohibition édictée par l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892.

Ainsi jugé dans les termes suivants :

Le Tribunal,

Vu le procès-verbal d'expertise déposé le 7 janvier 1895 :

Attendu qu'il est établi par l'expert que le chlorure d'éthyle, manié au moyen de l'appareil X..., est bien un agent d'anesthésie ;

Attendu que, dès lors, il n'importe que le chlorure d'éthyle, appliqué de cette façon, ne produise qu'un effet local et, n'introduisant dans l'économie aucune substance toxique, soit ordinairement inoffensif ; que la disposition de l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892, aux termes de laquelle des dentistes non munis de diplôme « n'auront le droit d'appliquer l'anesthésie qu'avec l'assistance d'un docteur ou officier de santé », constitue une prohibition absolue, ne comporte ni exception ni distinction ;

Qu'il ressort des travaux préparatoires (discussion au Sénat, séance du 22 mars 1892), que la législation, d'une part, a entendu prohiber l'anesthésie locale aussi bien que l'anesthésie générale, d'autre part, n'a pas voulu laisser à des personnes « qui ne connaissent pas la manipulation des poisons, qui n'ont pas d'éducation spéciale », l'appréciation du danger pouvant résulter de l'emploi d'agents anesthésiques ;

Attendu, en conséquence, que D..., en faisant usage, à Montbéliard, le 21 juillet 1895, de chlorure d'éthyle (tube X...), a commis le délit prévu et réprimé par les articles 32 et 19 de la loi du 30 novembre 1892 ;

Attendu que, des circonstances atténuantes se trouvant dans la cause en faveur de D..., il y a lieu de lui accorder le bénéfice de l'article 463 du Code pénal ;

Vu, en ce qui concerne les conclusions du Syndicat des chirurgiens dentistes, partie civile, l'article 17 de la loi précipitée du 30 novembre 1892 ;

Attendu que plus ample préjudice n'étant pas justifié, il suffit d'allouer la somme de 1 franc à titre de dommages-intérêts ;

Par ces motifs,

Déclare le prévenu suffisamment convaincu du délit qui lui est reproché ;

Et pour répression le condamne à 16 francs d'amende ;

Le condamne vis-à-vis de la partie civile à 1 franc de dommages-intérêts ;

Condamne la partie civile aux dépens, sauf son recours contre D... ;

Et attendu que, étant données les circonstances de la cause et D... n'ayant pas subi de condamnation antérieure, c'est le cas de faire application de la loi du 26 mars 1891 ;

Dit qu'il sera sursis pendant cinq ans à l'exécution de la peine d'amende ci-dessus.

III. *En matière de certificats pour internement, l'erreur d'appréciation d'un médecin ne constitue pas nécessairement une faute.* (Tribunal civil de Rouen, 30 juin 1896.)

« Le Tribunal,

« Attendu que G... réclame au Dr C... des dommages-intérêts pour le préjudice à lui causé par son internement à l'asile d'aliénés de Quatre-Mares, lequel aurait été obtenu à l'aide d'un certificat dans lequel le Dr C... aurait imprudemment attesté l'état d'aliénation mentale du demandeur ;

« Attendu que l'art. 1382 C. civ. pose, au regard de toutes personnes, sans distinction de profession, le principe de la réparation du préjudice causé par une faute commise ; qu'il n'y a pas à distinguer entre les fautes commises par le médecin et celles imputables aux autres citoyens ;

« Que celui-ci est, comme ceux-là, responsable même de sa faute légère, s'il en est résulté un préjudice ; qu'il en doit être ainsi, aussi bien lorsque, dans l'exercice de sa profession, le médecin atteste légèrement et sans s'être entouré de renseignements suffisants, l'état d'aliénation mentale d'une personne, que lorsque, par ignorance, imprudence ou impéritie, il applique un traitement autre que celui commandé par les données de la science ;

« Attendu que la seule question à examiner est donc celle de savoir si, dans l'espèce, le Dr C... s'est écarté des règles de la prudence, d'autant plus impérieuses que les conséquences de ses affirmations pouvaient être plus graves ; qu'il ne s'agit même pas de rechercher si G... était atteint d'aliénation mentale ou si, comme il offre de le prouver, ses facultés intellectuelles n'avaient subi aucune dépression ;

« Attendu, en effet, que l'erreur d'appréciation du médecin ne constitue pas nécessairement une faute ; que la science médicale est, en effet, plus qu'aucune autre, incertaine et conjecturale dans ses principes, et qu'on ne saurait rendre ceux qui en font consciencieusement la pratique de leur vie, responsables de son incertitude ;

« Attendu que le Dr C... est le médecin de la famille G... depuis dix-sept ou dix-huit ans ; que, dans de nombreuses occasions, il lui avait été donné d'examiner G... ; qu'il avait reçu de la dame G... la confidence des menaces et des voies de fait dont elle avait été l'objet de la part de son mari, et qu'il avait même pu constater sur sa personne des traces non équivoques des violences exercées sur elle ; qu'au mois de juillet 1895, il avait été appelé, pendant une semaine, à observer chez G..., presque chaque jour, un état d'excitation tout à fait anormale ; que ses observations personnelles avaient été confirmées par les récits des membres de la famille et des employés de la maison de commerce dirigée par G... ; que le propre gendre de celui-ci avait

même déclaré qu'il avait acheté un immense couteau pour s'en servir contre sa femme ; que G... lui-même s'était plaint fréquemment à lui d'insomnies persistantes, de cauchemars et de maux de tête, coïncidant avec le tremblement des mains et des lèvres, la faiblesse des jambes, l'injection des yeux et l'inégalité de dilatation des pupilles ;

« Attendu que telles sont les affirmations du Dr C... dans l'interrogatoire sur faits et articles qu'il a subi ; qu'elles ne sont pas contredites par l'articulation formulée par G... et que le tribunal ne pourrait les révoquer en doute, sans prêter au défendeur des intentions malicieuses qui ne sont pas alléguées ;

« Attendu que le Dr C... a pu, sans imprudence ni légèreté, en conclure que G... était un congestif, sujet à des impulsions périlleuses pour son entourage ;

« Attendu, d'autre part, qu'il n'est pas contesté qu'à un moment où sa prospérité commerciale était portée au plus haut point et où son crédit était le plus considérable, G... soit allé demander à un agréé au Tribunal de commerce de faire prononcer sa mise en liquidation judiciaire ; que ce fait, connu du Dr C..., était de nature à confirmer les préoccupations de ce dernier, à lui faire croire à l'imminence du péril ;

« Attendu, enfin, qu'à deux reprises différentes, les agissements au moins étranges de G... avaient appelé l'attention de la police ; ce que n'ignorait pas le Dr C... ;

« Attendu, dès lors, qu'en concluant de pareils actes à une grave altération des centres nerveux et au dérangement intellectuel de G..., le Dr C... ne semble pas avoir commis ni faute ni imprudence ; que, si telle était sa conviction, on ne peut lui reprocher de l'avoir formulée dans le certificat critiqué ; qu'une solution contraire pourrait entraver d'une façon regrettable l'accomplissement des devoirs les plus impérieux des médecins ;

« Attendu, il est vrai, que G... articule une série de faits desquels, s'ils étaient prouvés, on pourrait induire une erreur de diagnostic du Dr C..., mais que le Tribunal ne saurait, sans témérité, substituer ses appréciations à celles d'un médecin, surtout en matière aussi délicate ;

« Attendu, d'autre part, que, comme l'explique le Dr C... dans son interrogatoire, l'état congestif de son client n'était pas permanent et que le calme succédait, chez lui, aux périodes d'agitation ; que, dès lors, l'expertise sollicitée par G..., en admettant qu'elle fournît la preuve de l'erreur du Dr C..., serait impuissante à donner celle d'une imprudence commise par lui ; qu'il suit de là, que la demande principale et la demande subsidiaire doivent être repoussées ;

« Sur la demande reconventionnelle :

« Attendu que la demande de G..., loin d'être inspirée par une intention malicieuse, ne constitue que l'exercice d'un droit ; qu'il n'est pas justifié, d'ailleurs, qu'elle ait été préjudiciable au défendeur ;

« Par ces motifs,

« Déclare G... mal fondé dans ses demandes, principale et subsidiaire, l'en déboute ; déboute également C... de sa demande reconventionnelle ; condamne G... aux dépens. »

IV. *Les cessions de clientèle.*

La 5e Chambre du tribunal civil de la Seine vient de rendre un jugement qui établit que, si la cession d'une clientèle de médecin est impossible, en fait aussi bien qu'en droit, il n'en est pas de même de la possibilité de se faire agréer par la clientèle en raison de l'installation dans le cabinet du prédécesseur et de l'engagement que prend celui-ci de présenter son successeur à ses clients ; de tels avantages ne peuvent être considérés comme étant hors de commerce et sont susceptibles de faire l'objet d'un contrat parfaitement valable.

En fait, le Dr P. F. a été condamné à payer au Dr B. la somme de 5.000 francs, montant de cinq billets échus, souscrits par lui, « attendu que, dit le jugement, le Dr P. F. n'ignorait pas qu'une clientèle de médecin ne peut pas plus se vendre en fait qu'en droit et qu'il s'agissait uniquement de la possibilité de se faire agréer comme successeur du Dr B. en s'installant dans l'appartement de ce dernier qui le présentait à ses clients ; que ces avantages sont importants et suffisent le plus souvent, quand le successeur réunit les conditions voulues, pour le faire bénéficier d'une clientèle parfois considérable ; qu'en droit ils peuvent faire l'objet d'un contrat. »

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Contre l'ordre des médecins.

Monsieur le Directeur,

Vous conviez les lecteurs du *Concours* à vous donner leur sentiment sur le projet de création d'un ordre des médecins ; sorte de chambre de discipline, comme celle des avocats et des notaires. Du choc des idées naît la lumière, dites vous . Afin qu'il en soit ainsi, je vous envoie « mon choc », que chacun en fasse autant et *fiat lux* !

Je confie à votre courtoisie, les réflexions suggérées par ce projet, et je serais heureux de vous voir leur donner, dans le *Concours*, une bienveillante hospitalité, si vous les croyez dignes de quelque intérêt pour vos lecteurs, mes honorables confrères.

Je commence, ce qui n'est pas ordinaire, par la conclusion, que je justifierai le mieux possible, et je déclare, qu'à mon humble point de vue, en un mot comme en cent, comme en mille, l'idée de créer un ordre de médecins est exécrable ! Exécrable pour beaucoup de motifs, dont un seul suffit, c'est qu'il ne faut pas qu'on puisse dire, dans le public, que nous en avons besoin et que nous sommes les premiers à en convenir ! Nous avons pu voir, à propos d'une récente cause célèbre, combien nous avons une mauvaise presse ; pour elle, tout médecin soupçonné est coupable, tout prévenu est un condamné, et toute condamnation rejaillit sur la corporation entière. « Voyez-vous ces médecins, disait-on, il est heureux qu'on en pince un de temps en temps, pour faire réfléchir les autres ! ». Quand Dreyfus passa devant le Conseil de guerre, la presse n'eut qu'une pensée, que j'approuve certes, celle de dégager tout le corps des officiers, de toute suspicion possible : la brebis galeuse fut sacrifiée, mais l'honneur

du troupeau resta intact. Pour nous, le langage fut tout autre (1).

Et c'est après une pareille expérience, si troublante, si humiliante pour nous tous, qu'on songe à créer une sorte de Conseil de surveillance, dans chaque arrondissement ? C'est incroyable ! Autant dire au public, si malveillant, si injuste pour nous, que nous reconnaissons tout le bien fondé des critiques de la presse ? Que le mal même qu'il soupçonne est beaucoup plus grave qu'il ne le croit, et qu'il y a lieu de créer, sur notre propre demande, nous seulement un Comité départemental qui ne pourrait suffire à la besogne, mais 362 comités régionaux chargés de veiller sur les continuels écarts d'une corporation qui n'a qu'un concept fort restreint des lois de l'honneur.

Certes, nous voulons la famille médicale grande et respectée, mais on croit rêver en voyant que, pour atteindre ce but, on commence par la déconsidérer toute ! Méritons-nous une tare collective et quasi-professionnelle à cause de la faute, si faute il y a, de quelqu'un des nôtres ? Dans son individualité, chacun de nous est-il en tel état de minorité morale, qu'il lui faille un contrôle ? Et quel contrôle ? Celui du confrère ! c'est la suspicion réciproque, la haine réciproque, avec le public pour témoin !

Il n'y a aucune analogie à établir entre le corps médical et celui des notaires ou des avocats, qui ont, chaque jour, des rapports forcés et qui doivent se comporter suivant des régles fixées et bien connues.

Et, s'il vous plait, cette chambre des notaires met-elle la corporation à l'abri des chutes retentissantes ? A-t-elle jamais empêché un de ses membres de lever le pied avec l'argent de ses clients ? Chaque canton de France a son histoire de notaire, plus ou moins édifiante !

Leur chambre existe, on la conserve, bien que plus d'une fois l'opportunité en ait été discutée, mais si elle n'existait pas, je doute qu'on l'établisse..... surtout sur le vœu même de ses membres !

Le bon La Fontaine pensait-il à nous, quand il fit sa fable, si humaine, si vécue, des grenouilles qui demandent un roi ? Foin donc de toute réglementation nouvelle, qui, pour officielle ou officieuse qu'elle sera, n'en constituera pas moins, pour tous et pour chacun, une tare morale, un abaissement, une diminution ! Conservons notre profession telle que nous l'avons choisie, avec ses ennuis, mais avec ses fiertés et si, chaque jour, elle devient plus pénible, plus ingrate, gardons intactes notre liberté et notre dignité. Craignons surtout, à quelque titre que ce soit, de faire intervenir le public, dans nos affaires, de lui faire connaître nos doléances. Il ne nous croira pas, il ne nous plaindra surtout pas, car il nous envie et nous devons tous savoir à quoi nous en tenir sur ses sentiments à notre égard.

Notre profession traverse une crise d'autant plus douloureuse que l'avenir paraît encore plus sombre : pour quelques privilégiés qui gagnent de l'argent, combien qui ne font que leurs frais ? combien surtout qui ne les font pas, et ne vivent qu'en prenant sur leur patrimoine ou sur la dot de leur femme, avenir de leur jeune famille.

(1) N. de la R. — Cette observation n'est pas banale.

Un immense sentiment de découragement s'empare de tous, et de partout, les plaintes les plus légitimes, les plus navrantes s'élèvent ! Chaque revue médicale publie nos doléances ; un intense besoin de se sentir les coudes, de s'unir, pour résister, se manifeste partout : On ne voit plus, nécessairement, dans un confrère, un concurrent, un ennemi, mais bien un compagnon d'infortune. Les mots d'union sont sur les lèvres et dans les cœurs : *Je n'ai trouvé, nulle part, le désir de voir restreindre notre liberté professionnelle.*

Veuillez agréer, etc.

D[r] de V. (Somme).

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical du Pas-de-Calais.

21 *mars* 1897.

Présents : MM. Dehee, Dransart, Delattre, Ficheux, Poiteau, Deriencourt, Carpentier, Hibon, Lardemer, Lancial, Goudemant, Hernu, François, Grémont. Biat.

Excusés : Bailliez, Delpouve, Heutte.

Assistance médicale gratuite.

Le but de la réunion est l'examen du projet d'Assistance médicale dans le Pas-de-Calais, basé sur la loi de 1893 et spécialement l'étude des modifications proposées à ce sujet par l'Association des médecins du Pas-de-Calais, pour l'adoption des deux propositions ci-dessous :

1° Rémunération des médecins d'Assistance publique à raison de 1 fr.50 à 2 fr. par indigent inscrit.

2° Etablissement d'un tarif spécial supplémentaire d'honoraires pour les opérations.

Sur 280 médecins consultés, 174 ont répondu pour appuyer à l'unanimité les deux propositions ci-dessus.

Ces propositions sont admises à l'unanimité par l'Assemblée présente.

Le président met aux voix après discussion :

1° Le système vosgien.

2° Le projet de nomination des médecins par le préfet.

La majorité des membres s'abstient de voter. 7 voix se prononcent en faveur du système vosgien et une voix pour la nomination par le préfet.

Tous les articles du projet sont examinés successivement. L'Assemblée approuve, à l'unanimité, toutes les modifications proposées par l'Association générale des médecins du Pas-de-Calais.

En particulier l'Assemblée demande que le service des vaccinations, des décès, des épidémies, et de la surveillance des enfants et des vieillards soit l'objet d'une rémunération spéciale.

Elle demande la formation des listes des indigents dès le mois d'octobre.

M. Hernu demande 2 francs par indigent résidant dans la commune du médecin et 0.50 en plus par kilomètre au delà d'une distance de 2 kilomètres.

L'Assemblée réclame l'inspection du service d'Assistance par un membre du corps médical.

Le Secrétaire,
Dr DRANSART.

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques. — Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que M. le docteur LANDE (de Bordeaux), membre du « Concours médical » et président de la Caisse des pensions, vient d'être nommé *Officier de la Légion d'honneur.*

—*Sommaire du 20 numéro de la Revue philanthropique*.— (P. Strauss, Directeur. Masson, éditeur, boulevard Saint-Germain.)— Jules Siegfried : Les habitations à bon marché. — Jean Aicard : Le chien de Janinet. — Professeur J. Grancher : L'antisepsie médicale dans la famille. — Séverine : Les serviteurs.— Louis Lucipia : L'école Lepelletier de Saint-Fargeau. — Louis Paulian : La donation de la comtesse de Castellane et la centralisation de toutes les œuvres de charité privées. — Paul Strauss : Le patronage des hôpitaux. — Dick May : Les colonies de vacances. — Emile Chaufour : Education sociale. — Jacques Fréhel : La commémoration de Jules Simon.

Variétés: Société pour l'instruction et la protection des sourds-muets. — Au musée social. — Poste central d'avertissement pour les ambulances à Paris. — La maison de travail pour jeunes gens ; discours de M. Jean Aicard. — Histoire du wagon. — Société contre la mendicité des enfants.—Résultats obtenus à Grenoble par l'emploi du lait stérilisé, par le docteur Berlioz.

Chronique étrangère : Amérique : Le mont-de-piété des millionnaires. — Angleterre : Le régime des aliénés, par Gaston Cadoux. — L'hôpital français de Londres. — Autriche-Hongrie : L'hôpital des enfants de Buda-Pesth. — Allemagne : Contre l'alcoolisme. — Belgique : L'œuvre de la Croix-Rouge. — Suisse : Les maisons de travail. — Le congrès du travail à Zurich. — Transvaal : Société française de bienfaisance.

Informations. — Echos.— Revues et publications françaises et étrangères. — Bibliographie. — Bulletin, par Paul Strauss.

—*L'examen de thèse.* — On vient de redécouvrir que beaucoup de candidats à la thèse se procurent celle-ci à prix d'argent, et après imprégnation du sujet traité, se présentent à la soutenance avec un habituel succès. A la vérité, les choses se passaient déjà ainsi, au temps où nos maîtres subissaient les examens du doctorat. Il en est même parmi eux, dit-on, qui, aux jours de l'internat, fabriquèrent des thèses pour grossir leur petit budget.

Cela ne prouve donc qu'une chose, l'inutilité de cette épreuve, telle qu'elle se pratique jusqu'ici.

D'ailleurs dans les après-midi (!) du 12, du 15 et du 16 Juillet, trente-cinq étudiants ont subi l'épreuve de la thèse du doctorat en médecine à la Faculté de Paris. Parmi eux nous trouvons dix jeunes gens, dont le nom a une désinence en *sco*, en *sky*, en *mann*, etc.... qui suppose une nationalité étrangère. — Onze jurys ont accompli cette tâche d'examen ; quatre d'entre eux se sont chargés, à eux seuls, de seize candidats ! Ce ne serait donc pas une sinécure que d'être examinateur de thèses.... si la discussion de celle-ci était sérieusement faite. Mais, avec une pareille célérité, il est vraiment permis de se demander si le pauvre opuscule a été lu par un autre que son auteur, (qui n'est même pas toujours le candidat), et si, par conséquent, les dépenses qu'il entraîne ne sont pas de pur luxe.

Mêmes remarques s'appliqueraient aussi bien à la semaine précédente qui nous a donné 34 nouveaux confrères.

Mais que sera-ce dans la prochaine où il sera soutenu environ 100 thèses !

— *Monument à Velpeau.* — La petite commune de Bresches (I.-et-L.) vient d'élever au chirurgien Velpeau, un monument qui a été inauguré le 11 Juillet en présence du préfet, des Sénateurs et députés du département, et des professeurs de l'école de Tours.

—*Hommage au Dr Feulard*.— Un comité s'est constitué pour dédier à la mémoire du Dr H. Feulard, l'une des victimes de l'incendie du Bazar de la Charité, un souvenir qui sera placé dans la Bibliothèque de l'hôpital Saint-Louis, qu'il avait créée et qui porte son nom.

M. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir Delavigne, est chargé de recueillir les souscriptions.

— *La lutte contre la tuberculose hospitalière.*— Deux services d'isolement pour les tuberculeux vont être ouverts à Laënnec et à Lariboisière.

— *L'agrégation de province.* — Sur l'initiative de M. Debove, le Conseil de la Faculté de médecine de Paris, a émis le vœu que le Concours d'agrégation n'ait plus lieu à Paris, pour les Facultés de province.

— *Libéralités.* — L'institut chimique de l'Université de Nancy, qui avait déjà reçu de divers donateurs 189.000 fr., a enregistré de nouvelles et importantes libéralités. Il vient de recevoir douze nouvelles souscriptions s'élevant à la somme de 24,000 fr. Parmi les nouveaux souscripteurs, nous remarquons la Manufacture lyonnaise des matières colorantes à Lyon (2.000 fr.)

— *L'école de brasserie* annexée à la Faculté des sciences de Nancy vient également de recevoir pour son laboratoire 13.000 fr.

—*Le rétablissement des tours.*— La Commission de la Chambre des députés, sur le projet de M. Dulau, relatif au rétablissement des tours, s'est constituée sous la présidence de M. Ernest Bérard, du Rhône. M. Joseph Reinach a combattu vivement le rétablissement des tours, comme une institution à la fois immorale et *antihygiénique*, et a soutenu la nécessité de généraliser, comme l'a demandé le Conseil supérieur de l'Assistance publique, les bureaux d'abandons tels qu'ils fonctionnent à Paris, où ils ont été organisés par le Conseil municipal. C'est le tour moral — par opposition au tour matériel — ou boîte. M. Reinach a proposé à la Commission de procéder à une enquête auprès de l'Assistance publique pour s'entourer de tous les renseignements nécessaires. Après une discussion, à laquelle ont pris part MM. Dulau, Pédebidou, Dutreix et Tardif, cette proposition préliminaire a été adoptée.

— *Responsabilité des vétérinaires.* — Une petite fille jouait devant la maison paternelle quand un chien venant à passer se jeta sur elle et la mordit cruellement à la lèvre. Le chien fut abattu. Le cadavre fut porté chez un vétérinaire qui en fit l'autopsie. Le jour même il répondait au maire que l'animal ne présentait pas de symptôme de rage : les parents pouvaient donc se rassurer. La famille renonça à envoyer la petite fille à l'institut Pasteur. Mais dans la suite l'enfant fut prise de symptômes rabiques et, trois jours après, elle mourait dans d'affreuses souffrances ! Les parents désolés firent peser la responsabilité de ce tragique événement sur le vétérinaire. C'était le bulletin rassurant résultant, disaient-ils, d'un examen trop superficiel qui les avait déterminés à ne pas soigner leur fille. Or, il était démontré que l'enfant était morte enragée, que cette issue fatale avait été produite par la morsure du chien et que le chien était enragé. Ils tentèrent en conséquence une demande en 10,000 francs de dommages-intérêts contre le vétérinaire.

Le tribunal les débouta de leur action, en déclarant que le vétérinaire n'avait pas commis de faute professsionnelle grave, d'où pouvait résulter sa responsabilité.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année — N° 31 — 31 Juillet 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Médecins et mutualité à Paris... et ailleurs.

Assistez-vous parfois, chers confrères, aux réunions générales des Sociétés de secours mutuels que vous faites vivre et prospérer ?

Evidemment non.

Votre traditionnelle modestie craindrait sans doute d'être offusquée par les éloges et les témoignages publics de reconnaissance. Peut-être aussi redoutez-vous d'entendre chuchoter de désobligeantes paroles, quand les gros chiffres du trésorier se rapportent à vos honoraires. Bref, vous vous abstenez.

— Mais, au moins, lisez-vous les comptes rendus, dans le silence du cabinet, quand on vous fait l'honneur de vous les envoyer ?

Pas davantage, sans doute, car vous perdriez les illusions ci-dessus, et prendriez des résolutions en conséquence.

Nous, nous lisons les Bulletins officiels, qui contiennent les susdits procès-verbaux, et, ainsi renseignés à bonne source, nous nous livrons à des réflexions amères sur la situation que vous prépare votre inépuisable bonté d'âme.

Les chiffres, qui passent alors sous nos yeux, sont, en effet, d'une éloquence à faire pâlir tout ce que vous nous disiez dans l'enquête de 1893, et nous mettent dans l'obligation de vous renseigner à notre tour.

Oyez plutôt.

Au mois d'avril dernier, la fine fleur des Sociétés mutuelles de Paris exposait ses bilans devant des ministres, et même devant le Président de la République, qui arrivaient les poches bondées de décorations.

Union de ceci, *Mutualité* de cela, faisaient montre de leur vitalité, de leur économie, et parlaient à cœur ouvert, avec une parfaite inconscience de la portée de leurs aveux, en ce qui nous concerne.

Voici ce qui se disait, par exemple, à l'*Union du commerce*, Société de 17.050 membres, riche de près de deux millions (1.790.202 fr. 39), qui fêtait ce jour-là sa cinquantaine, sous la présidence de M. Barthou. (Nous ne parlons que de ce qui nous touche directement) : « *Les médecins ont fourni, en 1896, 38.560 consultations, et fait 13.112 visites. Ils ont touché comme honoraires 62.289 fr. 30.* »

Si l'on rapproche ces totaux jusqu'à en faire les facteurs d'une indiscrète division arithmétique, celle-ci apprendra aux médecins que, défalcation faite des visites de nuit et des opérations, ils ont gagné 1 fr. chaque fois qu'un membre de l'*Union du commerce* s'est offert le luxe de les mettre à contribution. Ce qui prouve, une fois de plus, que la mutualité se considère comme ayant les mêmes droits à notre assistance que le malheureux indigent, puisqu'elle nous honore sur le même tarif.

Un simple rapprochement encore vous dira quel compte on tient de votre générosité.

M. Chauchard, qui gagne quelques millions par an, par les bras d'un certain nombre de Sociétaires de l'*Union du commerce*, donne annuellement à celle-ci 20.000 fr. — Nos confrères, eux, par l'acceptation du demi-tarif, font un cadeau de 60.000 fr., c'est-à-dire cent fois plus grand, étant donnée leur situation de fortune.

Eh bien, lisez les éloges dithyrambiques, parcourez la liste des récompenses, et vous verrez quel gré on sait au corps médical, de se saigner ainsi..., pour la gloire de quelques-uns, qui ne sont pas des siens.

On oublie, la moitié du temps, de nous inviter à ces petites fêtes de congratulation réciproque ; on oublie de même d'y mentionner nos générosités et notre dévouement.

. . . .

Et, sous prétexte de ne pas envenimer la querelle entre médecins et mutualistes, il nous faudrait mettre ces vérités sous le boisseau ?

C'est au-dessus de nos forces.

Plus énergiquement que jamais, au contraire, nous conseillerons aux médecins de se ressaisir, et de dicter leurs conditions à tous les organisateurs de la philanthropie faite à nos dépens.

Nous ne leur devons rien que ce qu'il nous plaira de donner.

Ceci est un axiome, en France comme en Belgique, et les fougueux partisans de la liberté, que nous sommes tous, finiront bien, quand on aura tiré sur la corde jusqu'à la faire casser, par y conformer leur ligne de conduite.

C'est, dit-on, parce qu'il faut vivre, que quelques-uns ont fait des concessions : eh bien, c'est aussi parce qu'il faudra vivre, que ceux-là même seront tenus de les retirer.

Mais combien il eût été plus sage de garder son indépendance ! Combien, là comme ailleurs, nous devrions être moins prodigues de notre signature !

H. Jeanne.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les accidents des rayons X.

M. Balthazard a observé sur lui-même les lésions décrites sous le nom d'érythème hydroaradiographique : il a remarqué que ces lésions survenaient lorsqu'il approchait les doigts des fils conducteurs et non de l'ampoule productrice de rayons X ; elles survenaient également lorsque, inversant le courant dans l'ampoule, on supprimait la production des rayons X sans empêcher celle des effluves électriques.

Il en conclut que les accidents attribués aux rayons X sont, en réalité, dus aux effluves électriques.

On les évite soit en plaçant l'ampoule à 25 centimètres au moins de la peau du sujet, soit en interposant une mince feuille d'aluminium reliée au sol.

On pourra enfin supprimer l'émission des effluves en diminuant la fréquence des décharges dans l'ampoule. Pour la radiographie il sera donc avantageux d'employer un trembleur à mercure de faible fréquence, ou d'actionner l'ampoule, comme l'a montré M. Destot avec une machine statique.

On pourra alors approcher l'ampoule sans inconvénient jusqu'à 5 centimètres de la peau si toutefois l'ampoule n'est pas trop vieille.

D'après M. Foveau, de Courmelles, les accidents dus aux rayons X ont eu toutes les intensités depuis la dermatite étendue, l'insolation, l'épilation, la dessiccation et la desquamation de la peau. Il a pu constater que la radiographie, où le trembleur de la bobine vibre lentement, était passible des graves accidents, alors que la radioscopie, à vibrations rapides, n'avait produit d'accidents légers qu'à la suite de séances longues et répétées.

D'autre part, les tubes de Crookes actifs agissent à distance sur d'autres tubes inertes, plus petits, et les illuminent, ainsi que nous l'avons communiqué à l'Institut le 12 juillet. En outre, ce qui se passe en une ampoule à vide est une série de décharges analogues à celles des condensateurs dont le professeur d'Arsonval a rendu thérapeutique l'usage, sous le nom de haute fréquence.

Les rayons X ont une action semblable dépendant de leur rapidité d'obtention ; en dirigeant celle-ci, on aura une auto-conduction spéciale dont le rôle physiologique ou thérapeutique sera ainsi réglé à volonté.

Inconvénients de la liqueur de Fehling pour le dosage du sucre diabétique.

D'après M. Fréd. Landolph, quand on est en présence d'une urine franchement diabétique, la fermentation s'effectue avec une rapidité extraordinaire ; elle est terminée en bonne partie déjà au bout de vingt minutes à une demi-heure, et cela à la température ordinaire de 15° et même à des températures plus basses encore. C'est la caractéristique du sucre diabétique par excellence. Son pouvoir réducteur est le double de celui du sucre de raisin, en sorte que 100 gr. de sucre diabétique correspondent, non pas à 220 gr. 5, mais en réalité à 441 gr. d'oxyde de cuivre.

Il propose donc d'abandonner le dosage du sucre dans les urines par la solution de Fehling : d'abord, parce que ce dosage n'est jamais exact, puisque la fin de la réaction n'est basée que sur des appréciations calorimétriques ; ensuite, parce qu'il y a un bon nombre d'urines qui réduisent beaucoup, sans renfermer pour cela du sucre, qu'il y en a même qui ne réduisent pas sensiblement et qui pourtant en contiennent une quantité notable, et avant tout parce que ce dosage part du principe faux, que le sucre diabétique doit réduire au même degré que le sucre de raisin.

Le sérum antitétanique.

M. *Noeard* rend compte à l'Académie de Médecine des recherches qu'il a faites sur un sérum allemand préparé à Hoechst, soi-disant sur les indications de Behring et qui, prétendait-on, assurait la guérison du tétanos confirmé, à la dose de 5 grammes dissous dans 45 grammes d'eau, injectés en une seule fois, de préférence dans les veines.

Ces promesses ne paraissent pas avoir été réalisées ; à Buda-Pesth, sur 3 cas, 3 morts. Même insuccès à Alfort.

M. Nocard a institué une série d'expériences tant avec le sérum d'Hœchst qu'avec celui de l'Institut Pasteur, après avoir constaté que leur activité était sensiblement la même. Ces expériences m'ont démontré que le sérum de Hœchst était impuissant à guérir le tétanos, quand les accidents ont apparu. Donné vingt-quatre heures avant l'apparition des accidents, il demeure sans effets. Si les injections sont faites quarante-huit heures avant le début des accidents, la guérison peut survenir ; et au fur et à mesure que le sérum est donné de plus en plus près de l'inoculation tétanique, les chances de guérison augmentent. En revanche, plus le sérum est injecté tard, plus les doses doivent être considérables.

En résumé, le traitement curateur du tétanos est encore à trouver, ce qui ne veut pas dire qu'il ne faille pas employer le sérum antitétanique. Je dirai même, au contraire, car de l'avis de tous ceux qui l'ont employé, c'est le meilleur moyen dont nous disposons. Même quand il n'amène pas la guérison, les crises sont moins

nombreuses, moins intenses. Quand la guérison survient, la convalescence est plus franche.

Quant au rôle préventif du sérum antitétanique il demeure entier.

Le sulfate de soude à faible dose comme hémostatique.

M. le Dr Perriol rapporte, dans le *Dauphiné médical*, un nouveau cas mettant en lumière les propriétés hémostatiques du sulfate de soude à faible dose. Il s'agit d'un tuberculeux avancé atteint d'hématurie et d'épistaxis a répétition. Le sulfate de soude fut administré à la dose de 0,10 centigrammes toutes les heures et fit disparaître ces hémorrhagies, ce que n'avaient pu faire diverses autres médications.

En somme, et comme l'a rapporté, pour sa part, Jacques Reverdin au Congrès de chirurgie (1896), dans certains cas graves, le sulfate de soude donne un résultat fort brillant. L'expérimentation et la clinique semblent *indiquer*, sinon prouver, qu'il rend plus rapide la coagulation du sang provenant d'hémorragies capillaires. Des recherches nouvelles sont nécessaires et des observations cliniques doivent être faites, en notant que souvent il est difficile d'affirmer que ce mode de traitement a seul vraiment fait l'hémostase.

L'urine normale des enfants.

MM. *Caron de la Carrière et Monfet* ont communiqué à l'Académie le résultat de leurs recherches sur la composition de l'urine normale de l'enfant. D'après la *Médecine Moderne*, leurs études ont porté sur une moyenne de 54 analyses, en recueillant les urines de 24 heures et rapportant les résultats au kilo corporel : ils ont eu spécialement en vue l'établissement des rapports urologiques des éléments entre eux, la détermination de l'urine normale de l'enfance devant servir de point de repère lorsqu'on étudiera l'urine de l'enfant malade. Il résulte de ce travail qu'il y a chez l'enfant, par rapport à l'adulte, une augmentation notable dans le volume de l'émission et dans le taux de tous les éléments normaux.

La cellule infantile est incomparablement plus active que celle de l'adulte ; les matériaux sont aussi mieux travaillés. Les rapports urologiques sont plus élevés que chez l'adulte, exception faite du rapport de l'acide urique à l'urée.

Ils en concluent que chez l'enfant : Les phénomènes vitaux sont plus actifs que chez l'adulte. L'élimination de l'azote est non seulement plus considérable, mais encore son utilisation est plus parfaite. La cellule infantile est plus fortement minéralisée que celle de l'adulte. Les chiffres classiques de la composition de l'urine normale de l'adulte ne sont pas applicables à l'enfant.

Les principaux chiffres qu'ont obtenus les auteurs sont les suivants :

Volume de l'urine par kilogramme de poids, 29 c. c. au lieu de 18 c. c. chez l'adulte ; densité, 1021 au lieu de 1019.

L'urine de l'enfant contient, par kilogr. de poids corporel, 45 milligrammes de PhO^5, 1 gr. 40 de substances solides totales se divisant en matières organiques 0 gr. 84, et matières minérales 0 gr. 56.

Le coefficient de déminéralisation chez l'enfant est de 40 pour 100. L'urée est chez lui de 0 gr. 60 par kilogramme de poids total et l'acide urique de 0 gr. 011 ; l'acide phosphorique de 0 gr. 32. L'azote-urée est le 90 centième de l'azote total. Le rapport de l'acide urique à l'urée est de 1/52.

Les causes de l'obésité.

M. *Carrez* attribue l'obésité à l'absorption d'une grande quantité de liquides aqueux et au ralentissement des oxydations dans la chaleur humide, l'évaporation étant presque nulle à la surface du corps ; en même temps l'humidité pourrait jouer le rôle de sédatif du système nerveux.

Si on compare ces conditions à celles dans lesquelles se trouvent les ouvriers lustreurs, catégorie qui boit également beaucoup, mais qui travaille dans une atmosphère sèche, quoique très chaude, on voit que là, au contraire, la maigreur prédomine. On peut donc conclure, à un point de vue général :

Que les boissons aqueuses ont une influence sur la production de l'obésité chez les individus soumis, pendant plusieurs années, à un labeur pénible, dans un milieu chaud et humide.

Que la chaleur humide possède une certaine action sur le ralentissement de la nutrition après accoutumance, l'évaporation à la surface du corps étant considérablement amoindrie.

Que la sudation produite par la chaleur sèche serait préférable pour la cure de réduction à la chaleur humide. A ce point de vue, on ne peut qu'approuver la méthode employée par le Dr Philibert : une étuve spacieuse, bien éclairée, chauffée par un courant d'air chaud et sec, constamment renouvelé pour faciliter l'évaporation cutanée.

Les appareils en celluloïd.

D'après la *Médecine moderne*, M. *Maas*, de Berlin, vante l'emploi des appareils en celluloïd et leur supériorité sur les appareils plâtrés.

L'appareil plâtré possède un poids considérable, sa solidité n'est pas suffisante dans les cas où les appareils doivent être portés pendant longtemps comme dans les inflammations tuberculeuses des jointures des membres inférieurs et dans la coxalgie. On devait donc souhaiter de le voir remplacé par un appareil plus léger et plus solide. Les appareils silicatés, dextrinés, etc., ont des avantages, mais aussi des inconvénients, de sorte que leur usage n'est pas devenu général.

L'appareil en celluloïd introduit depuis plusieurs années à Stuttgart par Landerer et Kirsch offre de grands avantages presque sans avoir d'inconvénients. Le celluloïd n'est attaqué par aucun liquide, quel qu'il soit, et devient mou et flexible à la chaleur. Lorenz, de Vienne, a également employé le celluloïd dans ses appareils. Mais Landerer et Kirsch emploient une solution de la substance dans l'acétone, ce qui rend possible l'usage général du celluloïd. On prépare l'appareil en celluloïd en roulant autour d'un modèle en plâtre une couche de bandes de tarlatane qu'on badigeonne ensuite avec une solution de celluloïd ; suivant la force qu'on veut donner à l'apparcil, on fait 6 à 8 tours de ban-

des qui se fondent ensuite en un tout solide. Maas a fait jusqu'à présent une centaine de ces appareils. En voici les avantages : 1° très grande légèreté ; un corset d'enfant de taille moyenne pèse 400 grammes ; pour les adultes, le poids est 500 grammes, tandis qu'un corset plâtré pèse 4 fois autant, et un corset silicaté 2 fois plus ; 2° la solidité extraordinaire ; 3° l'élasticité très grande ; 4° la durée illimitée ; 5° la simplicité de la préparation ; 6° la possibilité d'agir facilement sur les articulations ; 7° la facilité de corriger à l'aide de la chaleur un appareil mal appliqué et de faire servir un seul appareil pour toutes les phases d'une affection locale. Il faut signaler comme désavantages : 1° la solidification lente qui demande 8 à 12 heures, de sorte que l'appareil doit être appliqué sur un modèle en plâtre, ce qui le rend inapplicable dans les cas urgents ; 2° l'imperméabilité absolue ; inconvénient qui peut être supprimé en faisant des trous ; 3° une certaine inflammabilité ; 4° le prix un peu élevé.

Traitement de certains ulcères tuberculeux par l'extrait de belladone.

M. *Hamant*, interne de l'asile de Nanterre, signale, dans le *Bull. Méd.*, trois curieux exemples d'ulcères tuberculeux, consécutifs à l'ouverture cutanée d'une lésion sous-jacente (ostéite, adénite), guéris par la pommade belladonée, à l'exclusion de tout autre médicament.

Le cas le plus curieux est le suivant :

Un malade, opéré antérieurement pour une tuberculose des ganglions de l'aine du côté droit, avait conservé au niveau du triangle de Scarpa une large ulcération fongueuse, farcie de bacilles de Koch.

« Tous les traitements antiseptiques (iodoforme, pansements humides au sublimé, poudre de salol, attouchements au chlorure de zinc, etc.) que nous avons employés, étaient restés sans résultat. La plaie, réduite aux dimensions d'une pièce de cinq centimes, ne se modifiait plus. Au bout de six mois environ, le malade, se plaignant de douleurs assez vives au niveau de sa plaie, nous prescrivons l'application de l'onguent suivant :

Extrait de belladone......	3 gr.
Vaseline simple..............	30 gr.

Quatre jours après, on constate que la plaie s'est déjà profondément modifiée ; la suppuration est moins abondante, les bourgeons charnus se sont développés, la douleur a disparu. Encouragés par ce résultat, nous continuons l'application de cet onguent, en renouvelant le pansement tous les quatre ou cinq jours. Au bout de trois semaines, la cicatrisation est à peu près complète. Nous nous croyons autorisés, à ce moment, à substituer à l'onguent belladoné un pansement sec à la gaze iodoformée ; mais, au bout de trois jours, le malade se plaint d'une vive cuisson au niveau de l'aine, et nous ne sommes pas peu surpris, en enlevant le pansement, de nous trouver en présence d'une plaie semblable à la première, et entourée d'une aréole cutanée rouge, chaude et douloureuse. Sous l'influence de l'onguent belladoné, appliqué de nouveau et d'une façon continue, pendant vingt jours environ, la plaie se cicatrise entièrement ; dès ce moment la guérison se maintient. Trois mois après sa sortie du service, nous revoyons le malade ; sa cicatrice est toujours intacte.

« Les résultats obtenus chez ce malade nous ont engagé à appliquer la même méthode dans deux nouveaux cas d'ulcérations tuberculeuses. Chez l'un de ces deux sujets, il s'agissait d'une ulcération tuberculeuse de la région temporale : l'application de l'onguent belladoné nous donna, en trois semaines, la cicatrisation complète, que les agents antiseptiques ordinaires n'avaient pu nous donner, après six semaines de traitement. Chez l'autre, il s'agissait d'une lésion plus complexe, puisque l'ulcération tuberculeuse de la peau était liée à une tuberculose sous-jacente du tibia droit ; à la suite de l'intervention chirurgicale, la lésion osseuse disparut en grande partie : l'os dénudé se couvrit de bourgeons, mais une suppuration assez abondante s'établit, qui se prolongea pendant plusieurs semaines, et on ne put obtenir la cicatrisation complète. L'application de l'onguent belladoné nous donna encore une fois un heureux résultat ; il ne reste plus aujourd'hui qu'une petite fistule d'origine osseuse. »

Le salicylate de soude et l'allaitement.

M. le Dr S. Remy publie, dans la *Revue médicale de l'Est*, une observation semblant démontrer que, de même que le sulfate de quinine, le salicylate de soude administré aux femmes qui allaitent, n'a pas d'effet nuisible sur le nourrisson.

Dans ce cas particulier, il s'agit d'une femme atteinte d'un rhumatisme de l'épaule, qui prit, plusieurs jours de suite, 3 grammes de salicylate de soude. Néanmoins, le poids de l'enfant s'accrut régulièrement, sans aucune modification dans la courbe.

Un autre point intéressant est à noter dans ce fait ; c'est que, on a noté un écoulement sanguin puerpéral plus marqué que d'habitude, écoulement qu'il a fallu combattre par les injections chaudes. Ce phénomène n'est pas fait pour étonner, puisque cette action du salicylate de soude, sur les écoulements sanguins de l'utérus, a déjà été signalée en dehors de l'état puerpéral. L'action du salicylate sur certaines formes de dysménorrhée ne s'expliquerait-elle pas par la détente exercée du côté de l'organe malade, par le fait de l'écoulement facile et abondant du sang des règles ? Dans tous les cas, l'écoulement puerpéral, s'il a été plus accentué que de coutume, n'a pas réclamé d'autre traitement que de simples injections vaginales chaudes.

MÉDECINE PRATIQUE

Les rayons X et leurs applications médicales.

Le professeur allemand Roentgen a fait, en 1896, une découverte optique, dont l'importance n'a échappé à personne, aux médecins en particulier. Cette découverte, en effet, est extraordinaire : il existe une nouvelle espèce de rayons invisibles pour notre rétine, mais impressionnant la plaque sensible photographique et susceptibles de traverser la plupart des corps considérés jusqu'alors comme opaques. Le professeur de Würtzbourg ajoute que ces rayons qu'il

désigne sous le nom de rayons X, ne semblent être susceptibles ni de réflexion, ni de réfraction.

En quelques mois, les recherches furent si opiniâtres, dès que le monde savant eut connaissance de la découverte, que l'on parvint rapidement à réduire considérablement le temps de pose et à traverser des corps épais, tels que le corps humain.

Le point de départ de la découverte de Roentgen fut l'ensemble des recherches de W. Crookes et de Lenard.

Se fondant sur l'expérience de l'œuf électrique et du tube de Gessler, où l'on fait apparaître de belles lueurs lumineuses par le jaillissement d'étincelles provenant de la bobine de Rhumkorff, W. Crookes construisit des tubes où il fit le vide aussi complet que l'on puisse le faire, c'est-à-dire où il raréfia l'air au maximum possible, et y produisit la décharge de l'étincelle de Rhumkorff ; voici ce qu'il observa :

Autour du pôle négatif se formait un espace obscur, tandis que près du pôle positif, le verre du tube devenait fluorescent ; en même temps, il se produisait entre les deux pôles une série de stratifications lumineuses très brillantes. Si, au contraire, on faisait jaillir l'étincelle dans un tube où le vide était absolu, ces effets n'avaient plus lieu. C'était donc, en somme, la présence de quelques molécules gazeuses raréfiées qui engendrait le phénomène. Or les rayons cathodiques (du pôle négatif) se transmettent en ligne droite et sont déviés par l'aimant. Crookes s'en tint à ces constatations.

M. Lenard montra de plus, il y a deux ans, que les rayons cathodiques (du pôle négatif) pouvaient traverser certains corps et se propager dans les milieux gazeux ordinaires. Mais il ne découvrit pas que ces rayons, après avoir traversé le verre du tube de Crookes, changeaient de nature.

« C'est Roentgen qui vit et démontra ce phénomène : A l'endroit où les rayons cathodiques viennent frapper le verre, des rayons d'une espèce nouvelle prennent naissance ; par certaines propriétés, ces rayons diffèrent très nettement des rayons cathodiques qui les ont engendrés. Ces rayons, dits rayons X, se propagent en ligne droite, provoquent la luminosité des substances fluorescentes qu'ils rencontrent, ne peuvent être ni réfléchis, ni réfractés, mais ne sont aucunement déviés par l'aimant. Ils provoquent la décharge spontanée d'un corps électrique quelconque placé sur leur parcours ; enfin, ils traversent plus ou moins facilement la plupart des substances opaques à la lumière ordinaire et impressionnent nettement les plaques photographiques.

« En présence des nombreuses applications dont ces propriétés rendaient susceptibles les rayons X, M. Roentgen effectua de suite la photographie d'objets, animés ou non, renfermés dans des substances opaques ; l'une de ces expériences les plus populaires a consisté dans la reproduction des os de la main. Voici le principe du dispositif adopté :

« Une source d'électricité quelconque, piles, accumulateurs, courant d'une usine centrale, est employée à actionner une bobine de Rhumkorff. Le courant électrique primitif, qui est de grand débit et de faible pression, donne naissance dans le circuit secondaire de la bobine, à un courant induit alternatif, dont la pression est bien plus considérable. Ce courant induit est transmis par des conducteurs métalliques aux deux pôles d'un tube de Crookes, dans lequel la raréfaction de l'air est obtenue à un haut degré par l'action d'une pompe à mercure. En face du pôle cathode (—) de ce tube, on place l'objet que l'on désire photographier par les rayons X et l'on dispose derrière cet objet le châssis photographique fermé, dans lequel se trouve la plaque destinée à être impressionnée. Dans ces conditions, on n'obtient pas une photographie proprement dite, mais une reproduction des ombres portées par les objets ou les parties opaques aux rayons X.

Pour une main, par exemple, les chairs étant transparentes aux radiations Roentgen, ne sont pas reproduites ; mais les os, n'étant pas traversés, portent ombre sur la plaque sensible, et c'est cette projection que l'on obtient, quand on développe la plaque. C'est pourquoi on désigne souvent la photographie aux rayons X, sous le nom de Radiographie.

« Il va sans dire que cette reproduction de l'invisible ne peut s'effectuer avec des appareils quelconques, ni sans qu'on observe de multiples précautions » (1).

I

Technique des rayons X.

La source d'électricité employée est soit la pile au bichromate composée de 6 à 8 éléments réunis en tension (zinc-charbon ; charbon-zinc ; zinc-charbon, etc.) ou bien les accumulateurs, réunis en tension, ou enfin, le courant électrique de l'usine de la ville. Mais dans ce dernier cas, les différences de potentiel d'un pôle à l'autre étant de 110 volts, l'intensité du courant est trop considérable pour une bobine de Rhumkorff et il devient nécessaire d'interposer sur le circuit électrique un rhéostat et un ampèremètre pour diminuer l'intensité et mesurer cette diminution ; généralement il faut que le courant marque 3 à 5 ampères pour ne pas brûler la bobine.

Les deux fils de la source d'électricité sont réunis aux bornes d'une bobine d'induction de Rhumkorff munie d'un interrupteur trembleur de Foucault et de la Rive, modifié par Gaiffe, d'un condensateur à feuilles d'étain de Fizeau, et pouvant fournir une étincelle de 7 à 8 centimètres de longueur, au minimum. On emploie parfois des bobines qui donnent 40 centimètres d'étincelle.

Enfin, chaque pôle de la bobine est réuni à chaque extrémité d'un tube de Crookes. Le tube de Crookes initial fournissait trop peu de rayons X et ne permettait pas de réaliser la radiographie assez nettement, ni assez rapidement. M. Colardeau, M. Violle, M. Séguy ont successivement perfectionné ce tube et en ont fait déjà un appareil très puissant : Le tube focus (à foyer anticathodique de platine) de M. Colardeau et le tube ampoule bianodique (2 pôles positifs) de M. Séguy sont deux appareils remarquables également bons à employer pour produire les rayons X.

(1) La Technique des Rayons X, par Al. Hébert. Chez Carré et Naud, 3, rue Racine, 1897.

Quand on fait fonctionner l'ensemble de ces instruments, il est important de bien relier le pôle négatif de la bobine au pôle de l'ampoule indiqué comme devant être la cathode. Sans cela, le trajet des rayons cathodiques se trouverait complètement modifié et les rayons Roentgen ne prendraient pas naissance à l'endroit convenable. De plus, ce fonctionnement inverse amènerait des avaries dans certains tubes.

D'ailleurs, on peut être assuré que le commutateur de la bobine de Rhumkorff est en bonne position, quand, au point désigné comme anticathode, on observe dans l'obscurité une belle fluorescence verdâtre ; c'est là que se trouve l'origine des rayons X. Si l'on n'observe pas cette coloration, il faut immédiatement inverser le commutateur.

Il est bon de noter encore qu'un tube Crookes Colardeau ou Séguy ne saurait être conservé longtemps en bon état, si on ne le fait fonctionner d'une façon intermittente. Pendant une opération qui doit durer quelque temps, il ne faut actionner le tube que pendant 4 minutes, puis le laisser reposer pendant la 5e minute : on continue ainsi jusqu'à ce qu'on juge le temps de pose suffisant. On peut dire qu'en moyenne, un tube bien construit ne peut fournir qu'un service moyen d'une dizaine d'heures.

« Quant aux temps de pose nécessaires pour l'obtention de bons clichés, ils dépendent naturellement des sortes de tubes employés et de l'épaisseur des objets à reproduire ; il est même difficile de donner des indications absolues pour un même genre d'ampoules, leur rendement en rayons X étant assez irrégulier et variant sous l'influence de causes encore mal déterminées. Quoi qu'il en soit, pour des objets d'épaisseur ordinaire, comme la main, il faut, en moyenne, avec les tubes ordinaires, 20 minutes, avec les tubes focus, 2 à 3 minutes. Pour des organes de grande épaisseur, il faut parfois de 1/2 heure à 3 et 4 heures » (1).

La source lumineuse étant ainsi décrite, il faut encore dire quelques mots de la glace sensible et du châssis photographique. Les glaces généralement employées sont celles de Bennett au gélatino-bromure d'argent, préparées industriellement et très maniables, puisqu'elles sont sèches. Les boîtes de plaques toutes préparées ne doivent être ouvertes qu'au laboratoire à l'abri de la lumière derrière un carreau rouge foncé. « Avant d'effectuer la mise en châssis des plaques, on doit épousseter soigneusement ce châssis et passer sur la surface sensible un blaireau bien doux et bien propre, pour éviter la présence des grains de poussière qui peuvent s'y être attachés et qui provoqueraient sur le cliché l'apparition de taches transparentes. On doit aussi veiller à ce que la plaque photographique soit placée dans le châssis, la couche sensible en dessus ; quant au châssis, qui est généralement en bois, il sera construit très soigneusement et de telle sorte qu'il ne puisse laisser accès au moindre filet de lumière. Il faut également avoir soin de ne laisser aucune boîte de plaques dans le voisinage du tube de Crookes en activité. »

Le prix de revient de ces différents appareils est d'environ 500 francs, dont 400 francs pour la bobine, 50 francs pour les piles, et 50 francs pour les tubes, les plaques et les châssis.

Muni de cette instrumentation, pour obtenir des épreuves photographiques, on devra de préférence se placer dans une demi-obscurité, dans une pièce un peu sombre pour mieux distinguer la fluorescence qui doit se produire dans le tube de Crookes et mieux juger de la marche de l'appareil. L'objet à reproduire, animé ou inanimé, sera placé immédiatement contre la plaque photographique, afin d'éviter les déformations dues à la diffusion. Quant à l'ampoule lumineuse, elle sera placée très près de l'objet et du côté de la face de cet objet opposée à celle qui est en contact avec la plaque sensible, pas trop près cependant s'il s'agit d'être vivant, de la peau du corps humain, à 10 ou 20 centimètres pour la main, le pied, le bras ou la jambe, à 30 centimètres pour le genou, à 40 centimètres pour le bassin. Il faut éviter d'approcher l'ampoule trop près de la peau et aussi trop longuement, car les rayons X ont une action chimique très puissante sur le derme. Ils produisent le coup de soleil et la brûlure électrique sous forme de dermatite ulcéreuse prolongée, comme de nombreux auteurs en ont cité des exemples récents (Sorel, Apostoli, etc.). Les rayons X ont aussi une action très puissante sur les poils, dont ils favorisent la mortification et la chute ; ils peuvent pour cette raison être employés comme épilatoires. En ce qui concerne le temps de pose, il est variable selon la source de rayons employée et selon l'épaisseur des objets à traverser.

Une fois le cliché obtenu, on révèle à l'hydroquinine, ou à la pyrocatéchine, puis on développe au paramido-phénol et on fixe à l'hyposulfite de soude. Enfin, on reproduit l'image négative du cliché sur un papier sensible, qui donne l'image positive, par les procédés usités en photographie.

Les rayons X peuvent produire autre chose que la radiographie : c'est la fluoroscopie. Ils jouissent, en effet, de la propriété de rendre fluorescents le platino-cyanure de baryum, de potassium, le tungstate de calcium, le pentadécylparatodylcétone, etc. « Or, si dans l'obscurité, on fait tomber un faisceau de rayons Roentgen sur un écran enduit d'une des matières citées plus haut, celui-ci deviendra lumineux d'autant plus que la substance qui le recouvre sera plus fluorescente sous l'action des rayons X. Si ensuite, entre le tube de Crookes et l'écran, on dispose un objet ou un organe quelconque, une main par exemple, certaines parties, les chairs qui sont transparentes aux rayons X n'apparaîtront que peu ou pas sur l'écran, tandis que d'autres parties, telles que ces os, qui ne sont pas traversées par les radiations Roentgen, projetteront leur ombre sur l'écran. On a intérêt à rapprocher le plus possible l'objet à observer de l'écran fluorescent, pour éviter les déformations. En employant la fluoroscopie, on obtient en quelque sorte une photographie temporaire d'un objet quelconque ; on voit de suite combien ce procédé peut rendre de services dans certains cas chirurgicaux.

II

Applications médico-chirurgicales des rayons X

Ainsi donc, la médecine est en possession de rayons lumineux invisibles pour la rétine humaine, mais bien réels et pouvant heureusement se déceler par la photographie et la fluoroscopie.

Ces rayons permettent de traverser la plupart des corps dits opaques et de reproduire, sans toucher pour ainsi dire à ces corps, leur anatomie, leur dissection complète sur un écran fluorescent ou sur une glace photographique. Il est aisé, sans s'enthousiasmer et sans rêver d'hypothèses en hypothèses, d'entrevoir les immenses avantages que le médecin et le chirurgien pourront tirer de leur emploi.

Avant d'énumérer ces applications, il faut d'abord rappeler que les rayons X ont une action chimique extrêmement puissante sur les tissus vivants. Trop longtemps appliqués sur une surface épidermique et épithéliale, et surtout trop immédiatement rapprochés de ces téguments, ils produisent les mêmes effets que le coup de soleil, une dermatite érythémateuse, puis une desquamation et des ulcérations dont la guérison est fort pénible.

De plus, ces mêmes rayons paraissent avoir une action destructive sur les cultures microbiennes au moins dans les tubes, sinon dans les tissus. Récemment encore M. Bergonié, après avoir soumis des tuberculeux à l'action des rayons X, a cru remarquer, même dans les tissus animés de ces malades, une certaine action de retard dans l'amaigrissement et de tonification des éléments phagocytes. Quoi qu'il en soit de l'action thérapeutique des rayons X, qui est certainement très problématique, l'action de contrôle diagnostic et de découverte pathologique est d'une portée suffisamment étendue pour engager le médecin à se mettre au courant de leur technique et de leur mode d'emploi.

1° Recherche des corps étrangers, dans les membres et dans l'organisme en général.

Nombreux déjà sont les exemples de découvertes de corps étrangers dans les membres, de balles dans la cuisse, dans le bras, d'aiguilles dans la main, etc., par la radiographie. Le corps étranger, en effet, forme une ombre très nette, ayant exactement sa forme et ses contours sur le cliché photographique ou l'écran fluorescent. M. Péan a déjà pu ainsi déterminer la situation exacte d'un corps étranger dans l'œsophage, et dans la trachée. On évite ainsi les douleurs que provoquent les tâtonnements d'une exploration instrumentale.

2° Détermination des lésions internes, fractures et luxations après accidents. Dans nombre de cas, les médecins experts sont interrogés sur la réalité de fractures ou de luxations produites à la suite d'accidents. Les signes cliniques de ces lésions ne sont pas toujours si nets que le plus éminent praticien ne puisse se tromper. Avec la radiographie, aucune erreur n'est possible, puisqu'on lit sur l'épreuve photographique l'état du squelette du patient.

3° Étude de l'état et du fonctionnement d'appareils chirurgicaux introduits à demeure dans l'organisme.

La situation des tubes laryngiens, dans les cas de tubage, des sondes uréthrales, des gorges artificielles, des chevilles prothétiques intra-osseuses, l'état de la réparation osseuse après fracture et suture, tous ces intéressants renseignements sont fournis par la radiographie et la fluoroscopie.

4° Etude des lésions osseuses, tuberculeuses, goutteuses, néoplasiques.

Par les rayons X, on peut se rendre compte du point de départ des lésions sarcomateuses des os, de tubercules épiphysaires d'arthrites fongueuses ; par ces rayons, M. Potain a montré qu'on pouvait différencier l'osteite condensante opaque du rhumatisme noueux des simples épaississements blanchâtres des nodosités goutteuses.

5° Reproduction radiographique des calculs rénaux et vésicaux.

Par le périnée ou par la paroi abdominale, on peut appliquer la radiographie à la détermination du nombre et de la position des calculs rénaux et surtout vésicaux.

6° M. Varnier a reproduit par la radiographie un fœtus dans l'utérus extrait du bassin d'un cadavre ; on peut espérer que des perfectionnements d'outillage et de méthode permettront dans l'avenir de photographier les fœtus vivants dans l'utérus maternel, de connaître ainsi leur sexe et tout au moins leur position au moment de l'accouchement.

7° Recherches médicales : Tumeurs crâniennes, lésions thoraciques, épanchements pleuraux, déplacements du cœur, lésions tuberculeuses des poumons, insuffisance aortique, lésions du foie, lésions de la colonne vertébrale.

M. Bouchard a, par ses savantes recherches, contribué particulièrement à montrer quel parti énorme on pouvait tirer de l'examen approfondi de l'étude fluoroscopique du thorax par les rayons Rœntgen. Nous avons déjà cité dans le *Concours* les notes qu'il a communiquées à l'Académie des sciences sur l'importance des notions de diagnostic précoce de tuberculose pulmonaire qu'on pouvait obtenir par cette méthode.

« Chez tous les tuberculeux que j'ai examinés à l'aide de l'écran fluorescent, j'ai constaté l'ombre des lésions pulmonaires ; son siège était en rapport avec les délimitations fournies par les autres méthodes de l'exploration physique : son intensité était en rapport avec la profondeur de la lésion. Dans deux cas, des taches claires apparaissant sur le fond sombre ont marqué la présence de cavernes vérifiées par l'auscultation. Mais dans d'autres cas où l'auscultation faisait reconnaître l'existence d'excavations, celles-ci n'ont pas été vues à l'examen radioscopique.

Chez un malade, les signes généraux et la toux faisaient soupçonner un début de tuberculisation, mais l'examen de l'expectoration ne montrait pas de bacilles, et les signes physiques ne permettaient pas de porter un diagnostic certain. La radioscopie a montré que le sommet de l'un des poumons était moins perméable ; et, quelques jours après, l'auscultation, comme l'examen bactériologique, ne laissaient pas le moindre doute.

Dans les maladies du thorax, la radioscopie donne des renseignements de tous points comparables à ceux de la percussion. L'air pulmonaire, qui se laisse traverser par les rayons de Rœntgen, sert de caisse de renforcement aux bruits de la percussion. Quand l'air est chassé du poumon plus ou moins complètement par un liquide épanché ou par un tissu morbide infiltré, la clarté radioscopique du thorax diminue ou fait place à une obscurité plus ou moins complète, et, en même temps, la sonorité nor-

male s'atténue et peut être remplacée par la submatité ou par la matité absolue. »

Dans un ordre d'idées à peu près analogue, les rayons X ont une utilisation toute tracée en médecine légale. « M. Bordas a, en effet, communiqué à la Société de médecine légale, deux photographies de poumons de fœtus dans lesquels les radiations de Rœntgen ont permis de reconnaître la présence de bulles d'air dans les poumons qui ont respiré, tandis que, dans le cas contraire, le cliché se montrait complètement opaque. On peut ainsi discerner le cas où les enfants sont nés vivants. » Les exemples d'utilisation pratique des rayons X ne feront assurément qu'augmenter, au fur et à mesure que se perfectionnera la méthode.

Dr Paul Huguenin.

THÉRAPEUTIQUE

Nous détachons cet article du formulaire du Dr Pauly, *qui vient de paraître, et dont nous parlons à la bibliographie de ce numéro :*

Hémoptysie : L'hémoptysie n'est qu'un symptôme. Elle atteste l'hémorrhagie qui se produit dans le domaine des vaisseaux bronchiques, ou dans le domaine des vaisseaux pulmonaires.

La bronchorrhagie peut être consécutive au refroidissement, elle peut être associée à l'hystérie, mais elle est le plus souvent sous la dépendance de la tuberculose.

La pneumorrhagie reconnaît pour cause principale les affections cardiaques.

1° *Hémoptysie d'origine tuberculeuse.* Exiger le repos et le silence absolus, administrer de la glace, des boissons glacées et acidulées ; formuler la limonade suivante :

Sirop d'acide citrique.....	100 gr.
Eau distillée q. s. pour....	1000 c. cubes.

M. S. A.

(Un verre de temps en temps avec des fragments de glace.)

Appliquer 40 ou 50 ventouses sèches en avant et en arrière de la poitrine.

Sinapismes aux membres inférieurs.

Faire prendre alternativement les 2 potions suivantes que l'on donnera par cuillerée à bouche tous les 1/4 d'heure pour commencer, puis toutes les 1/2 heure et ensuite toutes les heures :

Extrait de seigle ergoté (ergotine)..................	3 gr.
Sirop de cachou............	40 gr.
Extrait thébaïque...........	0,055 cent.
Hydrolat de cannelle Q. S. pour 125 c. cubes.	

M. S. A.

Hydrate de terpilène (terpine)	0,60 cent.
Poudre de gomme arabique...	10 gr.
Hydrolat de laurier-cerise....	10 gr.
Sirop de térébenthine........	40 gr.
Hydrolat de menthe Q. S. pour	125 cent. c.

M. S. A.

Si l'hémoptysie persiste, pratiquer quelques injections sous-cutanées avec la solution suivante :

Extrait de seigle ergoté (ergotine)..................	2 gr.
Hydrolat de laurier-cerise Q. S. pour.............	10 c. cubes.

M. S. A.

(Trois ou quatre injections de 1 c. cube.)

Si l'hémoptysie est considérable, administrer le vomitif suivant :

Poudre d'ipéca............	1 gr.

(A prendre en une seule fois, dans 1/4 de verre d'eau, renouveler cette dose une 1/2 heure après, s'il est nécessaire.)

Si le malade est très affaibli, pratiquer sous la peau du flanc une dizaine d'injections de 1 ou 2 c. cubes chacune avec la solution suivante :

Chlorure de sodium........	2 gr.
Phosphate de soude........	4 gr.
Sulfate de soude...........	4 gr.
Eau distillée bouillie et refroidie Q. S. pour........	100 c. cubes.

L'alimentation sera froide, peu abondante, mais souvent répétée.

2° *Hémoptysie d'origine cardiaque* : Ces hémoptysies sont rarement abondantes. Mettre le malade au régime lacté, et prescrire le purgatif suivant :

Teinture de jalap composée	10 gr.
Sirop de nerprun..........	10 gr.

M. S. A.

(A prendre en 2 fois à vingt minutes d'intervalle, dans une tasse d'infusion de thé, chaque fois.)

En cas de dyspnée violente, pratiquer une saignée de 300 à 400 c. cubes.

Dr A. Pauly.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Caisse locale d'indemnité-maladie dans le Rhône.

La Société de prévoyance des médecins du Rhône a décidé de donner suite au projet de création de la Caisse annexe auquel j'ai déjà consacré un bulletin antérieur. Au risque de me faire accuser de me mêler de ce qui ne me regarde pas, j'ai cru de mon devoir de délégué de la Caisse générale déjà existante de soumettre aux intéressés les objections inspirées par l'expérience acquise dans notre Association. J'ai offert aux initiateurs de l'œuvre nouvelle d'assister à la réunion des premiers adhérents, où devaient se discuter les statuts, à titre de représentant de l'Association amicale, pour leur fournir tous les renseignements qu'ils pourraient désirer sur elle et pour discuter avec eux les objections que j'avais formulées. Bien entendu, je ne réclamais pas une convocation, à laquelle je n'avais aucun droit, j'offrais seulement d'apporter des renseignements, persuadé que dans une fondation aussi grave, on devait désirer s'éclairer de toutes les contributions utiles. On en a jugé autrement, et c'est ce qui m'oblige à demander une seconde fois l'hospitalité du *Lyon Médical* sur la même question.

Tout d'abord il importe de faire une distinction radicale entre les deux Caisses destinées, dans le projet en discussion, à payer l'indem-

nité-maladie : 2 fr. par jour seront fournis par la Caisse de la Société de prévoyance, 8 fr. par la Caisse speciale.

La Caisse générale payera 2 fr. à tous les membres de la Société de prévoyance qui les réclameront ; on admet que tous pourront les réclamer, on espère que les assurés seuls useront de ce droit. Il va de soi que les assurés adhérents à d'autres Caisses que la Caisse annexe, à l'Association amicale, ou à des Sociétés quelconques d'assurance contre la maladie, auront non seulement le même droit légal, mais aussi le même droit moral que les premiers ; ces 2 fr. s'ajouteront aux sommes qu'ils se seront assurées ailleurs, au même titre qu'ils s'ajouteront aux 8 fr. des adhérents de la Caisse spéciale locale. Il n'y aura de ce fait aucun avantage, ni aucun désavantage à faire partie de l'une ou de l'autre de ces Caisses.

Dans ces conditions, tout est parfaitement correct, j'ajouterai même que la Société ne s'expose à aucun risque de réprobation dans l'avenir; si la Caisse générale se voit par la suite obligée de renoncer à cette amélioration, personne ne pourra se plaindre, puisque les intéressés perdront simplement une faveur supplémentaire et n'auront subi aucun préjudice matériel.

Par contre, il n'en serait pas de même des adhérents à la Caisse annexe si celle-ci devait un jour réduire ses avantages ou liquider sa situation. Pour continuer alors à jouir des mêmes avantages, ils devraient entrer dans une autre Association, où les bien portants pourraient seuls être admis ; ceux-ci, les plus favorisés, devraient payer une cotisation plus élevée, en rapport avec leur âge actuel ; quant à ceux qui seraient malades, ou simplement devenus valétudinaires, et dès lors inassurables, il ne leur resterait qu'à regretter amèrement d'avoir trop auguré de la puissance financière des Caisses locales. Il importe donc au plus haut point de se rendre un compte exact des chances de prospérité de la Caisse spéciale projetée.

Dans mon premier article je formulais contre sa création deux objections seulement ; l'insuffisance inévitable du nombre des adhérents et l'absence de certificat médical à l'entrée.

Dans un compte-rendu officiel, paru dans le nº du 20 juin, M. Birot, secrétaire général de la Société de prévoyance, répond à la seconde objection qu'il sera facile de renoncer à cette clause si la majorité le juge utile ; c'est évident et je n'ai rien à redire, si ce n'est que cela prouvera que mon intervention dans la discussion n'aura pas été inutile.

A la première objection, M. Birot répond que le chiffre des adhérents sera modeste au début, mais que la Caisse Cézilly n'a pas atteint non plus d'emblée le chiffre de 300 demandé par les actuaires. Il est vrai que cette Caisse avait commencé, la première année, avec 167 adhésions, mais s'adressant à toute la France, appuyée sur une Société de plus de 4.000 membres, le *Concours médical*, elle avait la certitude d'atteindre le chiffre voulu dès son fonctionnement effectif, ce qui est arrivé en effet. Au contraire, la Caisse projetée, fondée pour un seul département, par une Société de 260 membres, n'a aucune possibilité d'atteindre le minimum réclamé. Il est vrai que si un nombre trop faible comporte inévitablement l'irrégularité des risques, par le fait même on court la chance d'excédents au même titre que le risque du déficit ; mais l'organisation d'une caisse d'assurance ne doit pas rappeler celle du mari mutuel ou d'une loterie.

Après avoir ainsi répondu à mes deux objections, M. Birot m'en prête deux autres que je n'ai pas faites, mais que je ne puis passer sous silence. Il me fait dire que la Caisse Cézilly sera obligée d'élever en 1900 le chiffre de ses cotisations ; mais, ajoute-t-il, la Caisse locale pourra en faire autant, si la nécessité l'y force. Mon article ne contient rien de pareil. M. Birot a conservé le souvenir d'une simple conversation que nous avons eue ensemble, et ce souvenir lui-même est un peu inexact ; le point en question est assez important pour que je le rectifie. Dans cette conversation, M. Birot m'ayant dit qu'il résultait de l'enquête faite par lui que la morbidité dans le Rhône était beaucoup plus basse que celle qui avait servi de base aux cotisations de l'Association amicale, je lui ai répondu en lui conseillant de lire le rapport complet de l'actuaire de l'Association amicale, où il verrait comment on avait réduit à l'extrême limite possible les tarifs adoptés ; j'ai simplement ajouté que cette réduction avait été poussée si loin, que j'étais plus tenté de croire à l'insuffisance qu'à l'excès de ces tarifs, que d'ailleurs les statuts prescrivaient un inventaire tous les six ans, avec calcul de la réserve mathémathique de chaque sociétaire, pour augmenter *ou abaisser* les tarifs suivant les résultats acquis. Il n'y avait là aucune objection au projet local, aussi n'en ai-je nullement parlé dans mon article.

Enfin, M. Birot me fait reprocher à sa Caisse de payer les indemnités dès le début de l'entrée, sans attendre six mois révolus comme dans les Sociétés similaires. Là encore, M. Birot répond qu'il est facile de renoncer à cette clause ; mais je n'avais rien dit de pareil par l'excellente raison que j'ignorais même qu'on eût cette intention.

Il résulte de tout cela que l'on n'a pu répondre aux objections qu'en offrant de supprimer les clauses qui les motivaient ; on ne saurait faire de ces objections un meilleur éloge.

Reste cependant l'objection fondamentale, l'insuffisance fatale du nombre des adhérents : là encore, pour supprimer l'objection, il faudrait supprimer la cause, mais ce n'est plus un simple article de statuts auquel il suffit de renoncer, il s'agit d'un fait auquel on ne peut rien, puisqu'il est la conséquence du milieu restreint dans lequel on veut opérer.

On compte vaincre cet obstacle, grâce à l'excellence des chiffres de la morbidité du département du Rhône, et c'est là l'argument essentiel des fondateurs pour justifier la création d'une Caisse locale ! Voyons quelles sont les bases de cet optimisme.

On a demandé à tous les membres de l'Association du Rhône d'indiquer le nombre de jours pendant lesquels ils ont été arrêtés par maladie ou par accident, depuis qu'ils exercent. 53 ont répondu ; on a supposé que ces 53 membres étaient entrés dans la Caisse projetée à 25 ans, qu'ils ont payé ainsi la cotisation minima, et sur ces bases on a calculé qu'ils auraient versé 46.000 fr., qu'ils en auraient reçu 16.000, et que par suite la Caisse, si elle eût existé, aurait à ce jour 25.000 fr. D'après

les chiffres indiqués, c'est même 30.000 qu'il aurait fallu dire, et l'on aurait pu ajouter sur ces mêmes bases qu'il y avait lieu d'abaisser les cotisations, puisqu'elles étaient trois fois plus élevées qu'il n'était nécessaire.

« Ces chiffres nous paraissent éloquents », ajoute M. Birot, mais que valent ces chiffres ? toute la question est là ; il eût été bon de les soumettre à une étude expérimentée, bon tout au moins de faire connaître « les communications très intéressantes de MM. Rougier et Tavernier » dont parle le compte-rendu, sans d'ailleurs les déflorer. Je doute que les conseils judiciaires de la Société, plus expérimentés en affaires que son Bureau, aient accepté aussi allègrement ces résultats. Outre qu'une statistique aussi restreinte ne peut pas avoir de valeur bien sûre, il est facile de voir que toutes les causes d'erreur agissent dans le sens de la diminution des jours de maladie constatés et que ces causes sont énormes.

Tout d'abord personne n'a répondu pour les morts, et si la Caisse eût existé, elle eût compté des adhérents morts prématurément, et tous ou presque tous eussent donné des excédents de charges.

En second lieu, les réponses ne portent que sur le cinquième des interrogés. Il est manifeste que, par la force même des choses, ceux qui n'ont jamais été malades ont dû répondre dans une proportion plus élevée que les autres, parce qu'ils n'avaient aucun effort à faire et n'éprouvaient aucun embarras à répondre par la négative. Parmi les autres, un certain nombre, disposés à venir en aide à l'enquête, se sont abstenus de répondre, précisément par le fait de l'impossibilité où ils se trouvaient de fournir la réponse *précise* qu'on leur demandait ; j'en connais des exemples, et le fait était facile à prévoir. Pour ma part, j'eusse fait partie de cette catégorie si j'avais eu à répondre ; je n'ai eu qu'un rhumatisme articulaire aigu, il y a dix ans, mais je serais fort empêché de préciser le nombre de jours pendant lesquels il a duré !

Enfin, pour ceux mêmes qui ont répondu, quelle confiance peut-on avoir dans la précision de leurs souvenirs, remontant jusqu'au début de leur pratique ! M. Birot « admet que les confrères ne se rappellent pas quelques jours de maladie, qui du reste ne sont pas comptés ; mais lorsque la maladie est de longue durée, il est impossible qu'elle ne laisse pas un profond souvenir ». Les maladies sont comptées au delà de cinq jours ; nombre de grippes, de lombagos, d'angines, etc., rentrent dans ce cas ; M. Birot les met-il déjà parmi les maladies de longue durée qui laissent un profond souvenir ? Pour ces dernières elles-mêmes, le profond souvenir ne suffit pas pour fixer exactement le nombre des jours d'incapacité physique.

D'ailleurs, dans l'excédent de 25.000 francs indiqué, il faudrait calculer ce qui est le fait de l'excédent réel des primes sur les risques, et ce qui représente simplement la réserve mathématique des risques en cours, destinée à parfaire les cotisations qui restent à courir pour les membres avancés en âge ; ce calcul indispensable n'a pas été fait. De plus, mais peut-être s'agit-il ici d'une faute d'impression, car l'erreur serait trop grossière. M. Birot nous dit que, dans ses calculs, « les indemnités ont été comptées à 10 francs par jour pour le *premier mois* et ensuite à 100 francs par mois » ; or les tarifs de l'Association amicale, pris pour base, donnent droit à 10 francs par jour pendant *deux mois*, et la différence est loin d'être négligeable.

Tous ces à peu près ne peuvent servir de base à une statistique d'assurances ; je ne puis rien retrancher dès lors aux conclusions de mon article précédent, sur l'insécurité d'une Caisse organisée sur de pareilles bases. Il est vrai que M. Birot espère que, si les opinions pessimistes se réalisaient, on pourrait compter sur les souscriptions des confrères favorisés de la fortune; outre que cet élément de recettes échappe à tout calcul, M. Birot me paraît oublier ici que les assurés ne sont pas des assistés et qu'ils s'assurent précisément pour ne pas s'exposer à le devenir. (*Lyon médical.*)

L. Bard.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de Lille.

Lille, 28 juillet 1897.

Mon cher Confrère,

J'aurais dû vous adresser plus tôt le compte rendu du procès en exercice illégal de la médecine que nous avons intenté au sieur Laigneaux. L'intérêt de ce procès a sa source dans l'interprétation de la loi par le tribunal de Lille, interprétation toute différente de celle du tribunal d'Angers, puisque le délinquant a été condamné à 100 fr. d'amende. Il a déclaré faire appel.

Si vous désirez avoir les considérants, je vous les enverrai, je n'ai pas eu le temps de me les procurer et je préfère mettre immédiatement à exécution mon intention de vous écrire, de peur de trop tarder encore.

Ci-joint un compte rendu d'un journal local, assez incomplet sur la manière d'opérer de notre homme.

La caractéristique de son ingénieuse méthode de traitement était celle-ci.

Suivant la valeur de la bourse du client, la somnambule voyait dans les organes un plus ou moins grand nombre de tubercules. Le magnétiseur écrivait sous sa dictée le diagnostic. Exemple :

Enorme loupe couvrant tout le cerveau.
16 tubercules dans le poumon droit.
14 tubercules dans le poumon gauche.
Bête noire dans le cœur.
6 tubercules dans le foie.
(sic) *pue* dans le sang.
(sic) pue dans la matrice, pue dans les os.
Rognons enflammés.
Etc.

Le rôle de la somnambule était terminé.

Le magnétiseur faisait déshabiller le malade jusqu'à la ceinture et par des passes magnétiques extrayait les tubercules et autres choses malfaisantes, mais jamais plus d'un par séance, coût 2 fr. La culture du tubercule lui rapportait 2 fr. l'un. Sa comptabilité, d'ailleurs, était tenue en règle avec diagnostic à l'appui.

Une histoire drôle entre beaucoup.

Une femme affligée de 28 tubercules demandant par conséquent un traitement de 28 séances, ne se trouvant pas guérie, fit entendre des réclamations qui eussent pu être préjudiciables à la réputation de cet excellent guérisseur. On rendormit la somnambule pour connaître la raison du peu d'efficacité du traitement.

Le colloque suivant s'engagea entre la patiente et la somnambule :

— Vous êtes mariée ?

— Oui.
— Vous couchez avec votre mari ?
— Oui.
— Votre mari est-il bien portant ?
— Il tousse.
— Voilà la cause toute trouvée — à mesure que le professeur Laigneaux vous enlève un tubercule, votre mari vous en remet un autre. Amènez-nous votre mari.

J'abrège la conversation, mais vous pouvez juger du comique de la consultation. J'aurai sous peu à vous envoyer le compte rendu d'un nouveau procès que nous intentons à une sage-femme qui fait de la médecine à outrance et qui au moyen d'un prospectus très suggestif répandu à profusion se fait une clientèle énorme. J'espère bien que le dénouement de l'affaire sera conforme à mes désirs.

Elle formule d'ailleurs avec une maestria légèrement inconsciente des ordonnances de ce genre :

Atropiue..........	25 centigrammes.
Axonge............	12 grammes.
Eau de roses......	1 goutte.

Par un tiers j'ai eu communication de cette ordonnance que le pharmacien a fait semblant, dit-il, de délivrer et qu'il a modifiée dans des proportions moins audacieuses, mais qu'il a délivrée néanmoins malgré l'incapacité de celle qui la prescrivait.

Je laisse le fait à votre appréciation.

Veuillez excuser le décousu de ma lettre et agréer l'expression de mes sentiments confraternels les plus distingués.

Dr Richard-Lesay,
rue Négrier, 38.

Nous recommandons à nos confrères d'Angers la lecture de cet article, et leur souhaitons en appel le même succès qu'à nos amis de Lille.

Tribunal correctionnel de Lille.

Audience du 1er juillet 1897.

Présidence de M. Martin, vice-président.

Exercice illégal de la médecine.

Sur la plainte de M. le docteur Richard-Lesay, agissant ès qualité de président du syndicat des médecins de Lille, le parquet a été saisi d'une curieuse affaire d'exercice illégal de la médecine, pour laquelle comparaissait, jeudi, M. A. Laigneaux, professeur de magnétisme et de massage, 3, rue de l'Hôpital-Saint-Roch, à Lille, dont les cartes portent notamment : « Guérison de toutes les maladies incurables par la médecine ; tuberculose, hystérie, sourds-muets de naissance ; redressement de la colonne vertébrale ; paralysie, apoplexie, phtisie, cœur, foie, rognons, intestins, coliques dites *miserere*, emphysème pulmonaire, cancers, bronchites, fluxions de poitrine, tumeurs, névralgies, goutte, rhumatismes, entorses, vers solitaires et autres, etc., etc... »

Le remède universel du professeur Laigneaux est tout simplement le magnétisme.

M. Laigneaux, dont la profession déclarée est celle de négociant en futailles, reçut un jour la visite de celle qui est aujourd'hui Mme Laigneaux et qui lui sembla être un « sujet » extraordinairement facile à dominer par le sommeil magnétique. Nous n'avons pas à rechercher si la façon de procéder de M. Laigneaux n'est qu'une vulgaire manœuvre de charlatan. Bornons-nous à dire que Mme Laigneaux, qui souffrait de maladies internes, se déclara guérie au bout d'un court espace de temps, par le traitement magnétique auquel la soumit le « guérisseur », et qu'elle accorda sans difficulté sa main à celui qu'elle appelait son sauveur. Voilà au moins une idylle qui n'est pas banale.

Le professeur Laigneaux crut avoir trouvé sa voie : par des cartes, par des annonces insérées dans les journaux, et plus encore par le bruit de certaines guérisons invraisemblables, sa réputation de guérisseur s'étendit et beaucoup de personnes, tant de Lille que des environs, se confièrent à la puissance magnétique de M. Laigneaux.

Mais des clients de ce dernier, furieux de n'avoir pas été guéris et d'avoir dépensé inutilement de l'argent, firent des confidences à des médecins, et c'est ainsi que le tribunal faisait comparaître jeudi devant lui le professeur Laigneaux pour exercice illégal de la médecine.

De curieux débats ont révélé la façon de procéder du prévenu : il endort sa femme, qui, dans son sommeil, indique le mal dont souffre le patient, lequel est à son tour soumis à des passes magnétiques. C'est de cette manière que M. Laigneaux prétend arriver, sans remèdes d'aucune sorte, à des guérisons inespérées de maladies dont sa carte, que nous avons reproduite en commençant, donne l'abondante nomenclature.

Une trentaine de témoins, six ou sept à décharge, le reste à la charge du prévenu, sont venus déposer des faits.

Pour les uns, le diagnostic prononcé par le « sujet » de M. Laigneaux revêtait un caractère amusant : la même personne se trouvait avoir douze maladies d'un seul coup, pour lesquelles dix-huit visites à deux francs chez Lagneaux étaient nécessaires ; à d'autres, il était affirmé qu'elles avaient une bête noire dans le cœur, de l'eau dans le foie, un morceau de chair verte dans le cerveau, ou une loupe obstruant les cavités cervicales, etc. La durée et le prix du traitement étaient fixés par Mme Laigneaux toujours endormie.

Chez un sujet, au moyen de ses passes magnétiques, M. Laigneaux réussit « à soulever la moelle gâtée d'un genou, à rejeter cette moelle dans l'intestin... » et à guérir le malade d'une sorte de carie des os !

Il y a, dans cette nouvelle méthode de guérir les gens, des choses absolument renversantes, extraordinaires. Alors que certains témoins venaient reconnaître devant les juges que seule leur bourse avait été... soulagée, d'autres affirmaient avec reconnaissance l'efficacité du traitement de M. Laigneaux. Pendant trois heures, des débats extrêmement intéressants se sont déroulés devant le tribunal.

Mais celui-ci n'avait pas à statuer sur l'influence du magnétisme appliqué à la guérison des maladies. Il était chargé tout simplement d'examiner le cas d'un homme ayant exercé l'art de guérir sans avoir de diplôme de la Faculté.

M. Prudhomme, substitut, représentant le ministère public, s'appuyant sur un jugement du 26 janvier 1893, du tribunal de la Seine, condamnant un *rebouteux* dans des conditions analogues, réclame une répression. Me Roche, qui défend Laigneaux, oppose à l'accusation un autre arrêt, plus récent, de la cour d'appel d'Angers, qui acquitta, le 18 mai 1894, un magnétiseur poursuivi dans les mêmes conditions que son client. Le tribunal a donc à se prononcer entre ces deux jurisprudences.

Cela donna lieu à une discussiou juridique très curieuse, mais dont les résultats ne sont pas encore connus.

Le jugement sera rendu à huitaine.

REPORTAGE MÉDICAL

Association de la Presse médicale française. — XIIe Congrès international de médecine (Moscou, 19-26 août 1897.) Comité français d'initiative et de propagande. Excursion à Hambourg. — Les médecins hambourgeois seraient très heureux de montrer aux Congressistes français, qui se rendront à Moscou par l'Allemagne, la Suède et la Norvège, les différents hôpitaux de cette ville et le nouvel établissement d'Ependorf. Le Comité local de Hambourg, et en particulier M. le Dr Kummel, se mettent à la disposition des Congressistes pour ces différentes visites.

Visite de Berlin. — L'*Association de la Presse médicale Allemande* et son très distingué secrétaire général, M. le Dr Posner, se mettent à la disposition des Congressistes étrangers qui passeront par Berlin pour leur montrer les établissements d'assistance et d'instruction de cette ville. Réception des Congressistes français les 15 et 16 août plus particulièrement.

Voyage en Russie. — Le Comité exécutif du XIIe Congrès international de Médecine a l'honneur d'annoncer que, contrairement à la date indiquée dans la brochure des « *Renseignements divers* », les billets gratuits offerts à MM. les Congressistes par les chemins de fer russes ne seront valables qu'à partir du 1er août (nouveau style).

Le Comité prie en même temps MM. les Congressistes, qui n'ont pas encore réclamé leur billet de chemin de fer, de faire immédiatement leur demande au Comité d'Initiative, 93, boulevard Saint-Germain, en indiquant l'itinéraire direct qu'ils voudraient prendre pour aller de la frontière à Moscou et *vice versa.* (La ville de Saint-Pétersbourg est considérée comme station frontière.) Ces demandes doivent parvenir au Secrétariat *avant le 1er août.*

Le Secrétaire général,
MARCEL BAUDOUIN.

— *Les médecins du corps d'occupation à Madagascar.* — Le *Journal officiel* de notre nouvelle possession vient de publier un ordre du jour de félicitations, adressé par le général Galliani, à nos confrères de l'armée, de la marine et des colonies, placés sous ses ordres. Après avoir loué l'entrain, l'activité, le dévouement et l'abnégation de tous, en des termes réconfortants, et dont on n'abuse pas, en général, envers les nôtres, le chef cite comme particulièrement dignes d'éloges : MM. Clavel, médecin en chef, directeur du service de santé ; Rançon, médecin principal des colonies ; Mestayer, idem ; Levrier, médecin de 1re classe des colonies ; de Lespinois, médecin de 1re classe de la marine ; Julien Laferrière, idem ; Rocheblave, médecin major de 2e classe ; Beigneux, idem ; Bonnefoy et Michollet, médecins de 2e classe de la marine ; et Pichon, médecin aide-major de 1re classe.

— *Hommage au Pr Strauss.* — Un groupe d'élèves et d'amis du regretté Pr Strauss organise une souscription publique, dans le but d'offrir à la Faculté de médecine de Paris un buste de ce maître. Les souscriptions sont reçues chez M. G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

— *Les étudiants étrangers.* — Il paraît que depuis le jour où ils ont été invités à s'inscrire dans nos Facultés de provinces, et exclus de celle de Paris, les étudiants étrangers se sont acheminés vers les universités de Berlin, Vienne et Londres.

C'est ce qui a motivé le vœu Astior, reproduit par nous (no 29, pag. 343), et adopté à l'unanimité par le Conseil municipal de Paris. Le Conseil de la Faculté de Paris serait disposé à demander la levée de l'interdiction, mais plusieurs de ses membres estiment, qu'avant de prendre cette mesure, il convient d'augmenter les moyens d'enseignement, laboratoires, salles de dissection, etc... Cette restriction est des plus logiques, et il dépend du Conseil municipal lui-même d'y donner satisfaction.

— *Le concours d'entrée à l'Ecole de Médecine.* — M. le Dr P. Richard a fait, le 25 juin, à la Société médicale du Louvre, une communication intéressante sur les causes de l'encombrement médical, et il a proposé d'y remédier, par modification du recrutement des étudiants en médecine ; ceux-ci ne seraient admis à suivre les cours de l'Ecole qu'après un concours, dont les épreuves porteraient sur les sciences naturelles en ce qu'elles ont d'applicable à la médecine.

Il est à remarquer que les corps de santé de l'armée et de la marine ne se recrutent pas autrement.

— *La camisole de force.* — On mène grand bruit autour de l'accident de Nantes : un épileptique est mort dans la camisole de force. Nous ne nous vanterons pas d'avoir déjà découvert les responsabilités qui sont en jeu dans cette affaire. Mais comme il faut qu'à quelque chose malheur soit bon, nous dirons qu'avec des infirmiers bien choisis et bien payés, on éviterait souvent des malheurs de ce genre, et nous rappellerons ce qu'avait observé, il y a quelques mois, un confrère de Bordeaux, et ce que nous avons observé nous-mêmes, c'est que si l'on veut éviter les accidents de la camisole de force, paralysie du deltoïde, asphyxie, etc... il importe de ne point croiser les bras du patient, mais de les fixer allongés le long du corps.

— *L'exercice illégal par les religieuses en Maine-et-Loire.* — Nos confrères d'Angers, qui n'ont pas trouvé gain de cause, devant leur magistrature, dans l'affaire du magnétiseur Mourans ont été plus heureux près de l'Evêché au sujet de l'exercice de la médecine par les religieuses. Les démarches de leur Syndicat et de la Société locale ont eu un succès dont ils s'applaudissent et les abus signalés ont à peu près disparu.

— *La soupe à l'alcool.* — Dans l'enquête sur l'alcoolisme, faite dernièrement à Rouen, un de nos confrères dit avoir vu préparer le matin pour le déjeuner du père, de la mère et des enfants, le mélange suivant : tranches de pain noyées dans du café-de chicorée avec addition d'un demi-litre d'eau-de-vie par 4 personnes.

La capitale normande est décidément en train d'acquérir une triste réputation : et les médecins qui ont le goût de l'hygiène, trouveront là une belle mission à remplir.

BIBLIOGRAPHIE

Dr André PAULY : *Formulaire de poche de Thérapeutique Clinique.* 1 vol. in-18 de 340 pages, reliûre d'amateur en peau souple. Prix 4 fr. (Oct. Doin, éditeur, Paris.)

Dans le livre qu'il vient de publier, le Dr Pauly ne se contente pas d'indiquer le traitement et les formules, il résume souvent les caractères cliniques et les éléments de diagnostic de l'affection qu'il traite. Il s'étend avec soin sur les maladies qui se rencontrent fréquemment dans la clientèle et la manière complète dont il expose leur thérapeutique permet au médecin de varier très utilement le cadre de ses prescriptions.

Traitant de la désinfection, l'auteur indique les procédés les plus pratiques pour obtenir la destruction des germes pathogènes, il rappelle également les mesures à prendre pour empêcher la transmission des maladies contagieuses.

Il donne au sujet des empoisonnements des notions si nettes et si précises, qu'il devient possible d'intervenir promptement et sûrement.

Enfin, dans un appendice très clair, il expose les caractères généraux, les propriétés thérapeutiques et la posologie des principaux médicaments, il indique les formes les plus favorables pour leur administration, et il signale au passage ceux qu'il convient d'employer avec prudence.

Le formulaire du Dr Pauly nous paraît appelé à devenir le vade-mecum du praticien, auquel il rendra d'utiles services : nous souhaitons à ce livre tout le succès qu'il mérite.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur PLONQUET, d'Ay (Marne), membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année | N° 32 | 7 Août 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'admission des étrangers dans nos Sociétés professionnelles.

A diverses époques, et surtout depuis un an, bien des Sociétés médicales ont eu à trancher la question d'admissibilité, dans leur sein, des médecins étrangers exerçant en France.

Presque toujours soulevée à l'improviste, celle-ci provoquait des réponses insuffisamment motivées, dictées peut-être par le parti pris, ou par des circonstances locales, et subordonnées aussi, en bien des cas, à l'état d'esprit d'une majorité de hasard.

C'était *oui* ou c'était *non*, mais on ne disait pas le pourquoi.

Or, beaucoup de bons esprits, tout en ne se défendant pas d'avoir leur opinion personnelle, trouvent qu'il faut adopter une commune ligne de conduite, ou, du moins, une règle générale; celle-ci n'exclurait pas les légitimes exceptions, provenant de considérations spéciales, et laissées à l'appréciation de chaque Société. Ils pensent, de plus, que l'on doit baser, sur de bonnes raisons, la résolution générale à adopter.

Ils sont évidemment dans le vrai, car, à l'heure actuelle, si une Société dit *non*, quand sa voisine a dit *oui*, elle est accusée d'hostilité préconçue, et transforme en ennemis irréconciliables les confrères étrangers qui ont inutilement frappé à sa porte.

Avant la circulaire Rambaud, l'invasion des médecins étrangers constituait une menace si sérieuse, que nous eussions volontiers réclamé, dans les Sociétés, l'exclusion des confrères venus du dehors. Nous en étions alors réduits à nous défendre *nous-mêmes* par tous les moyens; à créer des barrières partout, pour faire respecter notre patrimoine; à organiser le découragement et la nostalgie chez les envahisseurs, afin d'enrayer le mouvement. J'ajoute que, vu les mœurs positives de notre temps, c'était de bonne guerre, comme c'était notre droit. Quand le pain quotidien va manquer dans une maison, celle-ci ne peut plus offrir l'hospitalité dite écossaise, qui fut toujours et si largement pratiquée en France. Les mesures prohibitives s'imposaient donc, ou allaient s'imposer, comme une inéluctable nécessité.

Mais l'intervention ministérielle de l'année dernière nous met désormais en présence d'un fait accompli. Le flot a trouvé une digue; l'élément étranger ne pénétrera dans nos rangs que par des infiltrations acceptées de nous. Ceux qui exerceront à nos côtés, seront nos égaux par le savoir professionnel; et, en attendant, ceux qui exercent déjà sont censés l'être: telle est la situation nouvelle.

Que nous reste-t-il donc à rechercher, au sujet des médecins étrangers autorisés à pratiquer en France?

Une chose seulement, à mon avis. C'est qu'ils observent, à notre égard, les règles de la meilleure confraternité, qui se double, en cette occurrence, de la reconnaissance pour l'hospitalité offerte.

Et je n'aperçois qu'un moyen d'atteindre ce but si désirable; c'est de dire à nos confrères venus du dehors:

« Vous désirez participer à nos œuvres de « bienfaisance, de prévoyance, de solidarité: « vous voulez être membres de l'Association générale, de nos Caisses de pensions et de maladie, de nos Syndicats, etc...

« Nous sommes prêts à vous admettre provisoirement : mais, tant que vous n'aurez pas « acquis, par naturalisation, le *droit* d'être des « nôtres, aux conditions ordinaires, nous sommes tenus d'exiger que vous vous soumettiez « aux habitudes de la maison, et particulièrement à ces conditions :

« 1° Pratique scrupuleuse de nos règles déontologiques;

« 2° Preuve fréquente des démarches faites en « vue de la naturalisation;

« 3° Interdiction d'accepter les services de « médecine publique, que nous considérons,

« nous, comme incompatibles avec la nationali-
« té étrangère : interdiction qui ne peut être « levée que par l'Assemblée générale de la So- « ciété, sur preuve qu'il n'en résultera de préju- « dice pour aucun confrère, et qui rentrerait en « vigueur, le jour où un médecin français se « trouverait en concurrence avec vous, sans que « vous ayez obtenu la naturalisation.

« La dérogation, manifestement établie, à « l'une de ces trois règles, entraînerait l'exclu- « sion et la perte des cotisations versées. »

Quel reproche peut-on adresser à cette solution ? Je n'en vois pas.

J'y trouve, au contraire, une satisfaction donnée aux deux intérêts en présence ; un contrat qui supprime l'ostracisme pour les uns, en mettant les autres à l'abri de la concurrence, sur le terrain où ils ont des droits exclusifs ; un acte de conciliation et d'harmonie, capable de prévenir bien des conflits regrettables ; une sauvegarde, enfin, pour les futurs médecins français, qui ne seront plus à l'état d'infériorité vis-à-vis des étrangers non naturalisés.

Je soumets cette idée à nos confrères, avec la conviction qu'elle serait d'application avantageuse et facile.

H. JEANNE.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'europhène.

Le Dr *H. Fournier* a fait d'intéressantes recherches sur l'*europhène* employé en traitement contre les maladies cutanées et vénériennes ; nous empruntons le résumé de ces recherches à la *France Médicale* :

L'iodol, l'aristol... ont été souvent employés à la place de l'iodoforme ; mais ces corps, quoique possédant une action faiblement antiseptique et cicatrisante, ne dégagent pas de l'iode à l'état naissant, au contact des liquides de l'organisme, autant que l'iodoforme. Malheureusement, ce dernier présente les inconvénients d'être toxique à certaines doses et pour certains malades et surtout d'avoir une odeur particulière et révélatrice. Il est vrai qu'on a cherché à atténuer cette mauvaise odeur en mélangeant l'iodoforme à différents corps ; mais, au bout de quelque temps, l'odeur reparaît. L'iodoforme est toxique, avons-nous dit, à certaines doses et pour certains malades ; il l'est sûrement lorsqu'on l'applique en grandes quantités sur de larges plaies. Appliqué sur la peau saine ou atteinte d'ulcérations, sur les muqueuses intactes ou non, il peut déterminer des accidents, rares il est vrai. M. H. Fournier a observé un cas très grave d'intoxication par l'application d'un topique vaginal iodoformé contenant une quantité faible de ce produit.

Pour toutes ces raisons et à cause de la mauvaise odeur, on a cherché à remplacer l'iodoforme, en ville surtout, par un corps doué des mêmes propriétés sans en avoir les inconvénients. Ce corps est l'europhène, qui n'a qu'une odeur légère ressemblant quelque peu au safran. L'europhène est un iodure d'isobutylorthocrésol, résultant de l'action d'une solution d'iode et d'iodure de potassium sur une solution aqueuse d'isobutylorthocrésol. Il a l'aspect d'une poudre très fine, onctueuse, jaunâtre, insoluble dans l'eau et dans la glycérine, assez soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, très soluble dans les huiles fixes. A l'état sec, il est très fixe. En présence de l'eau et à une température de 70° environ, il met de l'iode en liberté. A la température ordinaire, le même phénomène se produit, mais à un degré plus faible, lorsque l'europhène est exposé à l'humidité. En présence d'un alcali, l'iode est mis en liberté d'une façon beaucoup plus intense et c'est ainsi que les choses se passent quand l'europhène est mis en contact avec le produit de sécrétion d'une surface ulcérée. Cet iode est en partie absorbé ; la quantité d'iode qui passe dans l'urine est faible et ne dépasse pas 4 p. 100 environ.

L'europhène n'est pas toxique ou l'est très peu ; il n'existe que deux seuls cas, cités par Traka et R. U. Taylor, d'érythème diffus léger consécutif à une large application d'europhène. Dans un cas de gommes multiples tuberculeuses de la région cervicale gauche, gommes non ulcérées, M. de Molènes a pratiqué cinq injections d'éther saturé d'europhène ; celles-ci se sont effacées et ont disparu sans laisser aucune cicatrice.

L'europhène, qui n'a aucune action sur les dermatoses sèches, donne de bons résultats dans les ulcères, les gommes suppurées, l'impétigo, l'eczéma humide, les brûlures, les engelures, le lupus, la lèpre, les affections pemphigoïdes, les ulcérations vénériennes des organes génitaux. Pour les ulcères variqueux, on emploie soit la poudre, soit la pommade à 3 ou 5 p. 100, qu'on renouvelle toutes les vingt-quatre heures.

L'europhène donne encore de bons résultats dans le pansement de plaques muqueuses cutanées, chez des malades malpropres, dans les cas d'intertrigo compliqué d'excoriations superficielles, de plaies fissuraires des espaces interdigitaux des orteils. (Poudre d'europhène mélangée à la poudre de talc ou d'oxyde de zinc à parties égales).

Dans les engelures ulcérées, on emploie l'huile europhénée à 6 p. 100. L'europhène peut être utile dans le lupus, mais à la condition qu'il soit ulcéré ; dans l'eczéma chronique avec infiltration du derme ; dans la balanite (europhène et poudre inerte, ââ p. e.), dans les érosions et les ulcérations de la portion vaginale du col d'origine blennorrhagique.

C'est dans le chancre mou, dans celui à forme phagédénique surtout, que l'europhène donne les meilleurs résultats. Cependant il échoue quelquefois ; mais en tout cas il est supérieur à l'iodol. La guérison du chancre s'obtient dans un intervalle de neuf à treize jours. Mélangé à l'acide borique ou dilué, on peut l'employer pur, dès que la sécrétion du chancre est moins abondante. Dans les ulcérations syphilitiques tertiaires, l'europhène fait merveille, lorsque le traitement spécifique ne paraît avoir aucune prise sur elles.

Traitement de la constipation des nouveau-nés.

D'après le Dr *Caron de la Carrière*, le traitement de la constipation chez les nouveau-nés, peut se résumer ainsi :

La première indication est de s'occuper de l'alimentation.

A — L'enfant est nourri au sein ; la constipation peut tenir à un excès de caséine ou à l'insuffisance de la lactose du lait de la nourrice : 1° modifier le régime de la nourrice, rendre son lait moins gras, moins riche en caséine en diminuant les aliments azotés et en augmentant les légumes verts ; 2° Régler le nombre et l'abondance des tétées suivant l'âge de l'enfant.

B — L'enfant est élevé au biberon avec du lait stérilisé. Ajouter au lait un peu de sucre et le couper avec la décoction d'orge dans la proportion de 20 grammes pour 100 de lait.

C — L'enfant prend déjà des bouillies ou est au moment du sevrage. Employer les farines qui ont la réputation d'être moins constipantes (avoine, crême d'orge, etc.) ; donner un repas avec du bouillon de poulet de préférence, additionné de tapioca ou de minces tranches de pain que l'on laisse cuire avec du bouillon.

La bonne direction de l'alimentation est souvent insuffisante pour obtenir la régularité des gardes-robes, parce qu'elle ne peut rien contre les causes primordiales, l'hérédité et la conformation spéciale de l'intestin. La thérapeutique doit réaliser les conditions suivantes : agir d'une façon constante ; être suffisamment active pour procurer chaque jour le résultat voulu ; être en même temps inoffensive pour pouvoir être employée tous les jours sans inconvénients.

Cette médication se trouve dans l'emploi combiné, méthodique et quotidien du *massage*, des *laxatifs* et des *lavements* ou suppositoires. Voici la règle conseillée aux mères : laisser la journée s'écouler sans intervenir ; vers cinq heures du soir si le bébé n'a pas eu ses deux gardes-robes minima, donner un lavement ou un suppositoire et, d'après la quantité et la consistance du produit rendu, administrer plus ou moins de magnésie, de une ou trois pincées ou, pour mieux préciser, de une à trois petites cuillerées à sel de table : chaque pincée est prise dans un peu de lait immédiatement avant une tétée ; l'enfant accepte facilement, si l'on a soin de verser ce petit mélange au fond de la bouche. Il suffit même de mettre la magnésie sur la langue et de le faire téter immédiatement après ; il l'avale en même temps que la première gorgée de lait. La magnésie n'agit que douze heures environ après sa prise et prépare ainsi l'évacuation du lendemain.

La dyspnée toxique d'origine alimentaire.

D'après M. le Dr *Henri Picard*, la dyspnée toxique d'origine alimentaire et la dyspnée urémique doivent être différenciées. Toutes deux tiennent à une insuffisance rénale ; mais la nature des poisons à éliminer diffère dans les deux cas.

Cette dyspnée toxi-alimentaire se montre principalement dans les cardiopathies artérielles, c'est-à-dire, dans la cardio-sclérose avec ou sans néphro-sclérose, avec ou sans albuminurie.

Elle ne se montre ni dans les cardiopathies valvulaires, ni dans les myocardites parenchymateuses ou interstitielles, parce que dans ces diverses affections, la maladie reste localisée au cœur, et que la « lésion cardiaque constitue presque toute la maladie. »

Lorsque cette lésion devient mal compensée, et qu'elle retentit sur d'autres organes pour y produire des congestions passives, comme sur l'appareil pulmonaire, la dyspnée qui en résulte, est simplement mécanique. Elle fait partie du syndrome asystolique, et peut être avec avantage combattue par la digitale et les médicaments cardio-toniques.

Lorsque les cardiopathies artérielles arrivées à la période ultime, se compliquent d'accidents asystoliques, il peut y avoir une *dyspnée mixte*, à la fois mécanique et toxique. Il faut alors une double thérapeutique, qui est réalisée par la digitale et le régime lacté absolu.

La dyspnée toxi-alimentaire est un symptôme précoce des cardiopathies artérielles.

Elle se présente sous deux formes principales : Dyspnée d'effort, et dyspnée à paroxysmes nocturnes.

Elle doit être combattue de bonne heure, d'une façon persistante, pendant des mois et même des années. Le régime lacté exclusif alternant avec le régime lacté mitigé contribue non seulement à faire disparaître la dyspnée, mais encore à ralentir l'évolution progressive de l'artério-sclérose (H. Huchard).

La dyspnée toxi-alimentaire est causée surtout par l'alimentation carnée, quelle qu'elle soit ; et cela avec une telle certitude que l'on peut, pour ainsi dire, chez ces malades produire à volonté par le régime alimentaire, une *dyspnée clinique expérimentale*, que l'on fait aussi disparaître à volonté par l'alimentation lactée, surtout au début de la maladie.

Le traitement de cette dyspnée consiste dans le régime lacté absolu, aidé ou non de l'administration de la théobromine à la dose de 1 gr. 50 à 2 gr. par jour. Il suffit de prescrire le régime lacté absolu deux fois par mois, pendant cinq jours chaque fois ou d'alterner de huit jours en huit jours le régime lacté absolu avec le régime lacté mitigé.

La base de la médication pour les cardiopathies artérielles est dans le régime alimentaire.

Le succès de cette médication est assuré, si bien qu'il peut devenir comme un réactif du diagnostic. Ainsi, tandis qu'elle est toute-puissante contre l'élément dyspnéique, elle ne peut rien contre certains symptômes cardiaques, comme l'arythmie, ce qui prouve que celle-ci est rarement d'origine toxi-alimentaire.

En résumé, l'urémie est le résultat d'une intoxication multiple et complexe : la dyspnée toxique est le résultat d'une intoxication unique par les substances alimentaires.

L'antisepsie buccale.

M. le Dr *G. Laniol* insiste sur la nécessité absolue d'entretenir l'antisepsie buccale pour conserver la dentition.

L'antisepsie buccale est à la fois un moyen préventif et une méthode curative.

Elle doit être pratiquée avec certains ménagements. Son rôle doit surtout être d'empêcher la pullulation des micro-organismes contenus dans la bouche.

Les moyens à employer sont le brossage, le lavage soigneux après les repas, les solutions antiseptiques non irritantes, saccharine, acide salicylique. Le sublimé ne doit être employé qu'en solutions faibles.

En matière de chirurgie buccale, on doit non seulement s'efforcer de faire l'antisepsie, mais on sera rigoureusement aseptique : on ne saurait prendre trop de soins des instruments.

La plupart des complications dentaires des maladies infectieuses, et tous les accidents septiques consécutifs aux interventions opératoires, peuvent être évités par l'application exacte des procédés antiseptiques.

D'ailleurs, les principaux soins à donner à la bouche sont les suivants :

1° Matin et soir, se brosser les dents avec une brosse convenable et pratiquer le savonnage de la bouche ;

2° Se brosser ensuite les dents avec une poudre dentifrice, de façon à empêcher le tartre de se développer ;

3° Se rincer ensuite la bouche avec un des élixirs dentifrices connus.

4° Faire usage du rince-bouche après chaque repas.

Quant aux personnes qui portent des dents artificielles, voici comment on peut résumer les règles hygiéniques qui les concernent.

1° Si les dents artificielles sont fixes, il faut se laver la bouche après chaque repas et se brosser les dents avec une brosse à crins flexibles, qui pénètrent bien dans tous les interstices, de façon à en chasser les substances étrangères ;

2° Si les pièces sont mobiles, « elles doivent être soigneusement nettoyées après chaque repas, en dehors de la bouche », et n'être remises en place que lorsque la bouche aura été elle-même parfaitement nettoyée et lotionnée.

3° Pendant la nuit, on retirera les pièces artificielles mobiles, et on les mettra dans un vase contenant de l'eau boriquée à cinq pour cent.

Les injections d'eau salée contre l'anémie aiguë, consécutive aux grandes hémorrhagies.

M. le Dr *Paul Amillet* vient de consacrer sa thèse aux injections salées dans les cas d'anémie posthémorrhagique. Nous avons déjà longuement insisté sur les relèvements et même les résurrections miraculeuses que l'on peut obtenir avec ce moyen si simple. Nous ne saurions trop y revenir : il en est de ces injections contre la mort par hémorrhagie comme de la traction rythmée de la langue contre la mort par l'asphyxie.

Mais revenons aux conclusions si précises formulées par M. Amillet :

1. Dans les cas d'hémorragie grave de la grossesse, ou de l'accouchement, le meilleur moyen de combattre l'anémie aiguë qui se produit, est l'injection d'une solution saline.

2. La solution de chlorure de sodium au titre de 7 p. 1000 est la seule qui n'ait pas d'action nocive sur les globules du sang.

3. Lorsque l'abondance de l'hémorragie a été assez considérable pour mettre en danger immédiat les jours de la femme, c'est à l'injection intra-veineuse qu'il faut avoir recours, et la dose à injecter ne sera pas moindre de 1500 à 2000 grammes.

4. Dans les cas moins graves on pourra se contenter de l'injection hypodermique à la dose de 200 grammes par boule d'œdème. Cette injection pourra être répétée.

5. Lorsqu'on se trouve obligé de faire une intervention obstétricale quelconque, chez une femme très affaiblie par des pertes de sang, ou dont l'état général est mauvais, il est bon de faire préventivement soit une injection intraveineuse, soit une ou plusieurs injections hypodermiques. On lui permettra ainsi de supporter le choc opératoire et de résister, si une hémorragie vient à se produire.

6. Il faut surveiller de près toute femme à qui l'on a fait une injection saline, parce que parfois les bons effets produits ne persistent pas. Dans ce cas, on renouvellera les injections jusqu'à ce que tout danger ait disparu.

CLINIQUE DES VOIES URINAIRES

Le cathétérisme fait par le malade ou par son entourage.

Que pouvons-nous et que devons-nous exiger des malades ou de ceux qui leur viennent en aide, lorsque nous avons jugé qu'ils sont assez en sécurité pour ne plus recourir à nous ? Il est nécessaire, pour répondre à cette question, dont vous savez la si grande importance, d'examiner quel est le procédé de stérilisation qui peut leur être conseillé ; de quelle façon ils maintiendront la sonde à l'état stérile ; comment ils devront pratiquer l'asepsie et l'antisepsie du cathétérisme. Chacun de ces trois points mérite toute votre attention.

Vous rencontrerez des malades assez intelligents et soigneux, assez bien entourés, pour qu'il soit possible de leur recommander l'usage de l'étuve sèche, celui du formol ou de l'acide sulfureux, véritables procédés de choix, pour la stérilisation ; leurs instruments seront certainement bien purifiés et maintenus à l'état stérile. Mais la plupart ne s'accommodent que de moyens plus vulgaires, moins éloignés de leurs habitudes journalières. Il en est peu qui opposent une objection à l'emploi de l'ébullition et du savonnage. C'est pour l'avoir éprouvé dans la pratique, que nous avons cru devoir étudier minutieusement les moyens de rendre ce procédé, qui est à la portée de tous, aussi rapide et aussi simple que possible.

Vous aurez plus de difficultés à obtenir que vos malades mettent en service plusieurs sondes à la fois et se résignent à ne pas en employer de petites. Il faut cependant l'exiger. Une sonde de bon calibre est, non seulement plus facile à stériliser, mais c'est aussi un agent important de l'antisepsie. En permettant une complète et facile évacuation de la vessie, en favorisant l'action des lavages, les sondes bien calibrées rendent de grands services. Elles facilitent, en effet, « le nettoyage ». A cet égard surtout, les sondes en gomme, et principalement les sondes à parois très minces, les sondes à deux yeux, sont très supérieures aux sondes en caoutchouc. Avec leur œil unique et leur faible calibre extérieur, ces instruments, d'ailleurs précieux et qui suffisent dans la plupart des cas, évacuent lentement et lavent mal. Pour nettoyer, il faut bien laver; une sonde de bon calibre à deux yeux est pour cela nécessaire. Or, il faut, quand leur état l'exige, que les malades soient astreints aux lavages, à des lavages efficaces, « à des lavages qui

nettoient ». C'est une garantie sur laquelle nous insisterons, en indiquant dans quelles conditions ils doivent se sonder pour l'obtenir. La mise en usage de plusieurs sondes à la fois est également indispensable ; elle l'est en particulier pour réaliser la conservation de l'état aseptique, jusqu'au moment du cathétérisme.

A notre avis, ce second acte de la stérilisation doit cependant être autant que possible supprimé. Il y a à cela un double avantage. La sonde est employée avant que rien n'ait pu porter atteinte à sa pureté, on évite l'emploi de moyens qui peuvent compromettre sa durée.

Nous savons qu'il est difficile de conserver, sans qu'elles se détériorent, les sondes en gomme qui ont été stérilisées par la chaleur humide ; un parfait séchage est, en effet, l'une des conditions essentielles de leur bonne santé. Elles ont résisté à l'ébullition, elles ne s'arrangent pas d'un séjour dans l'humidité d'un tube ou d'un enveloppement imperméable. Le trempage continu leur est encore funeste. Fort bien supporté par les sondes en caoutchouc, il peut, il est vrai, être employé pour elles : mais on constate trop souvent que le tube, le bain et la sonde, sont devenus malpropres. Aussi suis-je arrivé à penser que, pour les sondes en caoutchouc elles-mêmes, il est plus sûr, à moins d'avoir affaire à ces malades attentifs ou bien secondés, dont je parlais tout à l'heure, de pratiquer le savonnage et l'ébullition « immédiatement avant de se sonder ».

Une casserole émaillée de moyenne dimension, dans laquelle la sonde prend facilement place en s'enroulant légèrement, une bonne lampe à alcool, ou un appareil spécial, tel que celui du Dr Duchastelet, sont les instruments indispensables.

La casserole peut être considérée comme le moyen de choix. La sonde, préalablement nettoyée au savon et à l'eau chaude pendant deux minutes, y est déposée et soumise à l'ébullition pendant cinq à dix minutes. On verse alors l'eau bouillante, on la remplace par une solution d'acide borique 4 % à la température de la chambre ; cette solution va refroidir la sonde et suffisamment se dégourdir, pour servir tout à l'heure au lavage de la vessie. Ce premier temps accompli, on ouvre le flacon qui contient l'enduit ; la toilette des mains, de la verge et celle du méat sont alors effectuées. Immédiatement après, on retire la sonde de son bain, on en plonge l'extrémité dans l'enduit, et l'on procède au cathétérisme. Dès qu'elle a servi, on la lave à l'eau chaude et même au savon, on l'essuie et on la met à sécher dans une serviette propre, où on la retrouve quand il y a un nouveau cathétérisme à faire. Avant de s'en servir, on la soumet à nouveau au savonnage, puis à l'ébullition, en s'y prenant exactement comme il vient d'être dit.

Cette manière de procéder, très facile pendant le jour, n'est guère acceptable pour la nuit ; elle ne peut être utilisée hors de chez soi. L'on ne peut plus échapper à la nécessité de maintenir les sondes à l'état stérile, jusqu'au moment de s'en servir.

L'immersion dans l'acide borique offre les garanties nécessaires, à la condition de ne pas utiliser une solution qui déjà a servi au trempage et de nettoyer chaque fois le récipient à l'eau bouillante. Pour la nuit, on prépare autant de sondes que le malade aura de cathétérismes à effectuer ; elles sont plongées dans un bocal à fruits, recouvert de son couvercle en verre, rempli de solution boriquée à 4 %. Il est facile de les y saisir ; après usage, elles sont déposées sur une serviette jusqu'au lendemain. Le jour, elles sont introduites dans un tube fermé avec un bouchon de caoutchouc stérilisé par ébullition, ou dans un flacon plat analogue aux bouteilles de poche que l'on porte en voyage ; elles y plongent dans la solution d'acide borique.

Ces sondes, qui ne peuvent être lavées immédiatement, doivent, de même que celles de la nuit, être soumises, aussitôt que possible, à un savonnage très soigné à l'eau bien chaude. Nous savons, en effet, que l'absence de nettoyage immédiat rend la stérilisation plus difficile, quel que soit l'enduit employé.

Les questions relatives à la stérilisation, et même à la conservation de l'état stérile, peuvent donc être résolues d'une façon simple ; l'expérience nous a prouvé qu'elle était pratique ; les recherches de laboratoire démontrent qu'elle est sûre. Le traitement par l'ébullition courte et répétée n'altère pas trop rapidement les sondes ; le trempage discontinu auquel on les soumet la nuit, et parfois le jour, ne les altère pas comme l'immersion permanente ; enfin, les immersions temporaires dans un liquide préservateur ne risquent pas, comme le trempage continu, de conduire à l'illusion antiseptique.

Il est plus difficile de réaliser complètement la préparation du malade, c'est-à-dire le lavage chirurgical des mains et la purification de la région. Si le savonnage des mains, de la verge, du gland et du méat, est exigible pendant le jour, il est vraiment impossible, ou au moins difficile, de le demander pendant la nuit, mais l'on peut, ainsi que nous allons le dire, demander qu'on purifie ces parties, ainsi que les doigts.

Le jour comme la nuit, les lavages du canal s'obtiennent avec peine. J'ai cependant suivi des malades, qui mettaient régulièrement le lavage en pratique à tous leurs cathétérismes, mais avec une petite seringue.

C'est surtout lorsqu'ils sont aidés par leurs femmes qu'ils arrivent à suffire à la mise en œuvre de toutes les précautions nécessaires ; il faut néanmoins le reconnaître, bien peu nombreux sont les sujets qui pratiquent le lavage de l'urèthre avant d'introduire la sonde. On obtient aisément, par contre, qu'ils le lavent en le retirant, après avoir nettoyé la vessie. Vous savez qu'il est facile d'y arriver en continuant à injecter pendant toute la durée de son retrait ; l'on fait ainsi une large et salutaire irrigation. Une longue expérience nous a démontré que cela suffit.

On peut, nous l'avons dit, soutenir que le lavage préalable du canal n'est pas indispensable quand il n'y a pas d'infection, et que son utilité n'est pas démontrée quand l'infection existe. J'ai discuté cette question ; mais, quel que soit le bien-fondé de ces manières de voir, le fait est là. Les malades ne se soumettront pas au lavage de l'urèthre, ou ne le feront que sommairement, avec une petite seringue à injection ; ils se nettoieront plus volontiers le canal en retirant la sonde.

On arrive à faire soigneusement exécuter la

purification de la verge, et l'on obtient aussi celle des doigts. Des boules de coton hydrophile trempées dans le sublimé au 1000e permettent de l'effectuer. Il sera facilement pratiqué même la nuit, et ce n'est que lorsque le malade sera sorti qu'il ne pourra le faire. Il a alors la ressource de se purifier, avec une partie de la solution d'acide borique contenue dans le tube, ou dans la bouteille porte-sonde. La nuit, comme au dehors, il est difficile d'exiger le savonnage.

Ces nettoyages et ces purifications, de même que ceux des sondes, sont rendus plus efficaces et plus faciles, grâce à la pommade au savon et à la glycérine, à laquelle nous avons déjà fait allusion.

Cette pommade est composée avec parties à peu près égales de glycérine, d'eau et de savon ; elle peut être préparée d'une façon complètement aseptique, elle se conserve pendant plusieurs semaines sans changer sensiblement de consistance ; elle est très soluble et parfaitement glissante. C'est son avantage sur la glycérine ; cette substance, préconisée par Barlou ne favorise que fort médiocrement l'introduction des instruments. Il est cependant indispensable que nos instruments glissent sans le moindre effort. On sonde aussi peu aisément avec un instrument qui glisse mal, qu'on incise irrégulièrement avec un bistouri qui coupe imparfaitement. La pommade au savon l'emporte comme agent favorisant le glissement, sur l'huile, la vaseline et les graisses. Elle est soluble dans l'eau froide ; quand elle est fraîche, la moindre friction avec un linge ou du coton mouillé, l'agitation de l'instrument dans l'eau, l'enlève immédiatement et complètement ; quand elle a séché, il est aisé de la dissoudre. Loin de compromettre le nettoyage des instruments, comme les préparations grasses, elle ne fait que le favoriser. Elle peut aussi servir au nettoyage des doigts et de la verge (1).

(1) Ainsi que l'a indiqué M. Leclerc (*Ann. gén. ur.*, 1895, p. 322), c'est en octobre 1893 que j'ai prié cet habile pharmacien de préparer une pommade soluble au savon, à la glycérine et à l'eau. Après quelques essais, je lui indiquai l'emploi de la poudre de savon qu'il a depuis constamment utilisée, elle rend la préparation très facile. J'ai employé, en premier lieu, une pommade au sublimé dosée à 1/5000e. La plupart des malades la supportèrent, mais un certain nombre ressentirent d'assez vives cuissons. J'accusai le sublimé que l'urèthre tolère en général assez difficilement, mais je reconnus bientôt qu'il fallait les attribuer à un excès d'alcalinité. Dès lors, nous cherchâmes, avec mon interne en pharmacie M. Tiché, et plus particulièrement avec M. Leclerc, à corriger cet inconvénient. C'est à la suite de nombreuses expériences, que ce dernier est arrivé aux formules qu'il a publiées et que je reproduis. Je me suis servi, aussi bien à l'hôpital que dans ma clientèle, de ces pommades qui sont bien tolérées. Celle qui réunit le mieux toutes les bonnes conditions désirables est la pommade à la résorcine. Mais elle a l'inconvénient de jaunir et macule le linge d'une façon désagréable. C'est la raison qui me fait préférer les pommades au naphtol et au phénol dont j'ai fait depuis longtemps un large et quotidien usage ; elles répondent de façon très satisfaisante, et sans aucun inconvénient, à toutes les indications de leur emploi.

Poudre de savon	åå 33 grammes.
Glycérine	
Eau	
Phénol absolu (acide phénique neige)	1 gramme.
Poudre de savon	åå 33 grammes.
Glycérine	
Eau	
Naphtol B	1 gramme.
Poudre de savon	åå 33 grammes.
Glycérine	
Eau	
Résorcne	1 gramme.

Il est bon de recommander aux malades d'avoir deux pots de cette pommade à leur disposition : l'un grand, qui servira aux nettoyages des doigts et de la verge, qu'une boule de coton humide trempée d'eau chaude ou d'eau bouillie refroidie, permet de rapidement effectuer dans de bonnes conditions ; l'autre, de petite dimension, qui ne doit servir qu'à enduire les sondes. La pommade s'étale si facilement qu'il suffit de plonger leur extrémité dans le récipient. Elle peut, si on le préfère, être prise avec le bout du doigt préalablement nettoyé. Une très minime quantité est suffisante.

Grâce à cet ensemble de précautions, les malades obligés de recourir journellement et fréquemment au cathétérisme peuvent utiliser l'asepsie et l'antisepsie. Ils y parviendront s'ils observent bien les précautions voulues : « Il faut aussi qu'ils se gardent de poser la sonde sur un meuble ou sur une serviette avant de l'introduire, de la mettre au contact de leurs draps ou de leur linge. » Vous ne saurez trop leur signaler ces causes d'impuretés qui compromettraient l'antisepsie. Faites-le avec d'autant plus d'insistance et de confiance que, lorsque l'on en a pris l'habitude, les minuties sont en quelque sorte instinctivement observées. Tout ceux qui sont familiarisés avec l'antisepsie l'ont éprouvé.

Vous êtes témoins, de tout ce que l'habitude conduit le chirurgien à faire, en quelque sorte, automatiquement ; cela devient une seconde nature. Nous ne servons cependant que les intérêts des autres, les malades ne demandent qu'à être mis à même de bien soigner les leurs.

Vous manqueriez de prévoyance, si vous n'admettiez pas que des fautes seront commises ; les réalités de la pratique montrent qu'il n'est pas possible de les éviter entièrement, afin d'être à l'abri de leurs conséquences et pour ne pas perdre de vue les conditions qui s'opposent à la réalisation de l'antisepsie du cathétérisme, « ne vous en tenez pas aux seules recommandations relatives à l'introduction de la sonde ».

Conseillez aux malades qui se cathétérisent, « de faire chaque jour deux lavages de vessie suivis de larges irrigations du canal » ; ils les répéteront le matin et le soir. Cela est indispensable pour ceux qui déjà sont infectés ; c'est une précaution salutaire, c'est une garantie véritable pour ceux qui ne le sont pas. Vous savez en effet, quelle est la réelle efficacité du lavage de la vessie, combien sa valeur est plus grande et plus certaine que celle du lavage de l'urèthre, au point de vue de l'infection. On la combat directement en lavant la vessie ; on peut aussi la prévenir. On maintient tout au moins l'urèthre en bon état de propreté, on l'empêche de suppurer en y faisant des irrigations pendant que l'on retire la sonde. Les malades se soumettent aisément à « ces compléments du

cathétérisme » ; ils exécutent bien les lavages de la vessie et ceux du canal, pour peu qu'on leur apprenne à les pratiquer.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que ces lavages devront être faits à l'aide d'instruments aseptiques et en prenant les règles voulues. Ce n'est pas le moment de vous rappeler quelles sont les conditions à observer. Il suffit que je vous recommande de les faire connaître à vos malades. Ce que je tiens à établir : « c'est qu'il est indispensable d'associer les lavages antiseptiques de la vessie au cathétérisme. Si l'on n'y a pas recours lorsque la vessie est infectée, l'emploi d'instruments stériles et maintenus stériles, ainsi que toutes les précautions qui précèdent et accompagnent l'introduction de la sonde ne peuvent mettre à l'abri des accidents de l'infection ; si on les néglige lorsque la vessie est aseptique, un simple oubli l'expose à la contamination. »

Chez les sujets, dont les organes urinaires sont demeurés aseptiques, tous vos efforts doivent énergiquement tendre à ce que le cathétérisme n'infecte pas la vessie. Il faut éviter à tout prix que les organismes pathogènes « y pénètrent » et surtout qu'ils « y séjournent ». Si vous y parvenez, et vous le pouvez, en mettant en œuvre l'ensemble des moyens que nous venons d'étudier, vous aurez vraiment réalisé l'antisepsie du cathétérisme, et vous rendrez ainsi à vos malades les plus grands services.

Lorsque, malgré l'emploi de ces moyens, ou par le fait d'une contamination préexistante, l'infection existe, « c'est dans la vessie » qu'il faut méthodiquement, énergiquement et obstinément la combattre par les lavages antiseptiques. Il ne faut pas oublier, non plus, que l'évacuation des foyers septiques est un grand et puissant moyen de lutter contre l'infection.

L'étude de la chirurgie générale vous l'a appris. Recommandez donc aux malades infectés « de se sonder aussi souvent que leur vessie le réclame ». Il ne faut pas les laisser « marchander », comme ils le font tous, avec le cathétérisme ; si leur état s'aggrave, mettez au besoin une sonde à demeure. C'est aussi le cas d'exiger impérieusement l'emploi des sondes en soie à parois minces, à large calibre, à deux yeux et d'un numéro assez élevé, pour obtenir des évacuations efficaces et de véritables nettoyages. Vous assurerez ainsi à cette catégorie de malades, de beaucoup la plus nombreuse, les bénéfices si grands et si faciles à constater que leur donne l'antisepsie du cathétérisme.

Malgré les difficultés de mise en œuvre, malgré les imperfections, que j'ai tenu à ne pas atténuer, vous arriverez, pour peu que vous en preniez la peine, à faire pratiquer, sinon de façon rigoureuse, sinon de façon complète — il ne faut pas l'espérer — du moins dans les conditions qui permettent, je suis autorisé à dire : qui assurent, la pleine conservation de la santé, et cela, pendant de longues années, souvent même jusqu'à l'âge le plus avancé.

PROFESSEUR GUYON.

(*Leçons cliniques*, 3e *édit.*, 1897.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Monsieur le Directeur,

Voulez-vous permettre à un de vos vieux abonnés d'élever, dans ce journal, une voix profane, non pour y critiquer ceci ou cela, les propriétés négatives de la critique ne faisant pas avancer les choses d'un iota, mais pour y parler des avantages immédiats et palpables d'un rapprochement entre syndicats médicaux et pharmaceutiques.

Quelques entrevues annuelles entre les bureaux de ces syndicats avec un ordre du jour bien défini, mettraient fin à bien des parasitismes, parasitisme politique de l'assistance médicale, nous faisant payer au centuple notre quote-part des charges sociales, parasitisme des Sociétés mutuelles, riches de notre médiocrité, tremplins de charlatans à qui nos travaux fournissent bénévolement le luminaire et les planches, témoin l'école de masseurs-magnétiseurs de Paris, délivrant les diplômes d'une profession nouvelle reconnue par certains tribunaux.

Dans les questions d'ordre moins général, il y aurait aussi beaucoup de bien à faire. Trop souvent, entre médecins et pharmaciens, les relations se bornent au coup de chapeau échangé ; aussi, rebouteuses, sages-femmes, etc., etc., s'en donnent à cœur joie, et afin de placer les drogues achetées en sous-main, on empêche, par tous les moyens possibles, le médecin d'entrer dans la maison du malade.

En combattant l'ennemi, on apprendrait à se mieux connaître, à user en commun d'une puissante autorité vis-à-vis des pouvoirs publics, et à faire aboutir le seul point qui puisse sauvegarder les situations les plus intéressantes, et les plus chèrement acquises, et mette tout le monde d'accord, je veux dire la limitation du nombre des pharmacies aux besoins réels. Hors de là, pas de résultats vraiment pratiques, et des lois en préparation on peut dire : « Verba et voces prœtereaque nihil. »

Si ces idées pouvaient être les vôtres et emprunter votre haute et légitime influence vis-à-vis des syndicats médicaux, elles feraient aboutir bien plus tôt qu'on ne pourrait le croire, la seule solution équitable ; elles auraient, en attendant, cet avantage de débarrasser l'édifice de bon nombre des putois qui l'infectent.

Veuillez agréer, etc.

L. BIAILLE,

Pharmacien à Ch.... (Maine-et-Loire).

Albertville (Savoie), le 25 juillet 1897.

A Monsieur le Président de la commission des Sanatoria.

La question des sanatoria est à l'ordre du jour. Les uns attribuent une grande importance à l'altitude, les autres la considèrent comme indifférente. Le docteur Lauth, qui a dirigé pendant deux ans le sanatorium de Leysin (1500 mètres) et qui a publié un ouvrage sur le traitement de la tuberculose par l'altitude, ayant visité notre pays, il y a trois ans et l'ayant trouvé si *semblable* à la Suisse, nous avait conseillé de faire des études à différentes altitudes. Le ré-

sultat de nos études pour la première année est résumé dans son ouvrage. Nous avons continué les études l'année suivante (à 350 mètres, à 1050 mètres et à 1600 mètres).

Notre thermomètre enregistreur, placé à 1600 mètres, était remonté tous les huit jours, même par les froids les plus rigoureux de l'hiver. Il était placé dans un endroit merveilleusement exposé ; en plein midi et en pleine forêt de sapins, dans une espèce de cirque abrité de tous côtés, sauf au midi, de l'eau abondante, à proximité et une route carrossable aboutissant à un kilomètre. La zone des brouillards d'altitude ne monte jamais au-dessus de 1400 mètres. Du commencement de novembre au commencement de mars, il ne tombe jamais de pluie, toujours de la neige, quand il tombe quelque chose du ciel.

Je vous donne tous ces détails parce que je vous prie de communiquer cette lettre à la commission des sanatoria. Elle en fera ce qu'elle jugera bon ; mais je me mets absolument à sa disposition pour lui fournir tous les renseignements, pour guider au besoin toute personne qui voudrait visiter cet endroit qui, paraît-il, serait mieux disposé que l'emplacement de Leysin, lequel jouit pourtant d'une vogue assez étendue.

Le docteur Lauth pourrait fournir des renseignements, quoique *l'emplacement même* n'ait pas été visité par lui. Il a été visité par le docteur Linarix (5, rue Racine).

Veuillez agréer, etc.

Dr J. ARMAND.

L'exercice de la pharmacie.

Monsieur le Directeur,

Vieil abonné du *Concours médical*, je connais depuis longtemps votre dévouement aux intérêts professionnels. C'est pourquoi je me permets d'attirer de nouveau votre attention sur un argument sérieux en faveur de l'exercice de la pharmarcie par les médecins de campagne.

Je lis dans le n° 28 du *Concours* une lettre des médecins du Cher, adressée aux députés et demandant de fixer à 4 kilomètres le rayon des pharmacies rurales. Dans le n° 29, je trouve une violente attaque contre ce projet de délimitation des distances. Où est la vérité ?

Je n'hésite pas à dire que nos confrères du Cher sont dans le vrai. Aux raisons qu'ils donnent, excellentes d'ailleurs, permettez-moi d'en ajouter une autre, qui me paraît d'une très grande valeur, et qui, de plus, doit intéresser bon nombre de confrères ruraux comme moi.

Pendant 35 ans mon beau-père d'abord et moi ensuite, nous avons desservi 7 communes autour de notre résidence. Avec un rayon de 18 kilomètres nous faisions une moyenne de 70 kilomètres par jour. Pas de pharmacien dans toute la région. Munis d'une pharmacie portative, logée à poste fixe dans notre voiture, nous préparions et livrions à nos clients, *aussitôt notre visite faite*, les médicaments nécessaires. C'était dur, mais nous vivions, et c'était commode surtout pour les malades ou leurs voisins, qui n'avaient *presque jamais besoin de revenir chez nous* pour chercher tel ou tel médicament. Et encore profitaient-ils de notre voiture.

Un pharmacien est venu s'établir dans ma résidence. A dater de ce jour, et de par la loi, j'ai dû cesser de porter des remèdes à mes clients à quelque distance que ce fût, j'ai dû vendre ma pharmacie à vil prix.

Qu'est-il arrivé ? Mes clients éloignés fatigués de faire deux voyages, l'un pour venir me prévenir, l'autre pour venir à la pharmacie, fatigués aussi par le retard considérable que ce deuxième voyage apportait dans l'administration d'un traitement parfois urgent, m'ont quitté, sans autre raison, pour s'adresser à mes confrères voisins, qui, eux, n'ayent point de pharmacien dans leur résidence, peuvent, comme je le faisais autrefois, délivrer des médicaments aux malades qu'ils soignent. Mieux que cela, mes confrères voisins n'étant arrêtés qu'à 5 ou 6 kilomètres de la pharmacie, viennent jusqu'à ma porte. De sorte que, après avoir perdu nécessairement ma clientèle éloignée, je vois ma clientèle se réduire petit à petit à la clientèle forcée, légale de la pharmacie. En serait-il de même si, luttant à armes égales contre mes confrères voisins, j'avais, comme eux, le droit de porter des médicaments à mes clients dont la résidence serait à plus...de tant... de kilomètres ? Evidemment non. J'aurais conservé mon ancien rayon, conservant les mêmes habitudes. Tandis que, ne pouvant plus faire de la pharmacie, je me vois envahi par mes confrères voisins jusque dans les hameaux éloignés de ma propre commune. — Résultat : je ne puis plus vivre, et le pharmacien se meurt de faim faute d'ordonnances que mes confrères voisins gardent pour eux. — Autre inconvénient : Le pharmacien se meurt de faim, dis-je. Or son diplôme est aussi digne d'intérêt que le mien ; ce diplôme doit le faire vivre, tout comme je devrais vivre du mien. Que fait-il, mon brave pharmacien ? Ce que tous les pharmaciens font ; il fait de la médecine. Il donne des consultations plus que moi, il va tâter le pouls à domicile et il délivre en solution à 1 fr. 50, peut-être à 3 fr., tel médicament qui, en poudre, aurait été payé largement à 0 fr. 25. Que me reste-t-il ? Après 20 ans d'un travail écrasant sans trêve, ni repos, après 20 ans d'un dévouement continuel, j'ose le dire ?

Il ne me reste plus, si je ne tends la main,
Que la faim pour ce soir et la mort pour demain.

Si, il me reste quelque chose qui me navre, mais que je ne saurais oublier : il me reste une famille à élever.

Veuillez excuser, bien cher Directeur, ce trop long brouillon ; je vous soumets une idée au courant de ma plume, idée que je n'ai point vue dans les diverses lettres parues sur ce sujet, idée qui cependant mérite d'être signalée.

Si telle est votre appréciation, donnez-lui l'hospitalité dans les colonnes de votre excellent journal, car je suis convaincu que mon cas n'est pas un cas isolé.

Veuillez agréer, etc..

Dr L. CHIBRAC,
à Ponteux-les-Forges (Landes).

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat des médecins de la Haute-Garonne

Sections réunies de Toulouse et Villefranche.

11 avril 1897.

Présents : MM. Dore, *Président* : Jouvion, Lar-

roque, Balent, Marini, Pech, Secheyron, Ulhmann, Escat, Duprat, Vié, Chabrié, Sabathier, Labernesse, Palenc, Sère, Cavalié, Chemin, Racine, Dore, Bach, Crouillebois, Eyhérabide, Vidal, Rolland.

Excusés: MM. Tranié, Sipière, Rivière, Dore père, Coulom, Guimbaud, Fournial.

MM. les Drs Durand, Espagnol et Chemin, de Toulouse, sont admis à l'unanimité.

Le président, après quelques mots de bienvenue à l'adresse des nouveaux camarades, félicite les anciens de leur zèle à se rendre, malgré le temps, toujours si défavorable, à l'appel de la Chambre syndicale.

Ces réunions, quelque fréquentes qu'elles puissent paraître, ont le précieux avantage de nouer des relations et d'accroître des sympathies. Elles sont le but principal du Syndicat et entretiennent la solidarité. A ce propos le président expose l'histoire d'un conflit survenu à Villemur, dans notre arrondissement, non pas entre médecins, car le Syndicat a réussi à rapprocher et unir trois confrères sinon ennemis, tout au moins indifférents et à les liguer contre la société de secours mutuels qui les exploitait. Une demande collective signée des trois confrères de Villemur a été confiée à notre Président du Syndicat pour être présentée par lui, avec pleins pouvoirs à la Société de secours mutuels à l'effet d'obtenir une augmentation d'honoraires fixée au lieu du prix ancien de deux francs, à un abonnement de quatre francs par tête, chiffre nouveau adopté par le Syndicat qui en poursuivra la généralisation dans tout le département.

La société de secours de Villemur, forte de cinq cents membres, n'a pas voulu entrer en composition, espérant faire capituler les trois confrères en les menaçant de la concurrence d'un nouveau médecin. Et c'est ici que l'œuvre du Syndicat s'est fait sentir. Tout d'abord il a obtenu un nouvel accord des médecins grévistes qui ont signifié à la société qu'à dater du 15 février leurs soins s'adresseraient à des clients ordinaires et non plus à des sociétaires et au tarif habituel de la visite, puis, solidarisant leurs intérêts, ils ont décidé de faire une tontine de tous les honoraires qui seraient ainsi dorénavant perçus des sociétaires, tontine qui sera trimestriellement divisée en trois parts égales, afin qu'aucun ne puisse être accusé de bénéficier de la situation nouvelle. Puisqu'on entrait en lutte, il fallait se sentir les coudes. La société, par la publicité des journaux, ou par des lettres circulaires, a demandé à tous les échos un médecin. Nous devons dire à la louange du corps médical qu'aucun confrère n'a encore répondu à cet appel. Il est vrai que le Syndicat veillait et veille encore. Des avis furent publiés par ses soins informant les médecins qui pourraient être tentés de s'installer à Villemur, qu'ils trouveraient des renseignements dans nos bureaux et nous avons eu à répondre à six ou sept confrères qui ont renoncé à leur projet dès qu'ils ont été mis au courant de l'œuvre de mauvaise confraternité à laquelle on voulait les associer.

Les choses en sont là. Les médecins de Villemur traitent les sociétaires en dehors de la société. Leur travail est honoré à la visite. C'est le régime du droit commun. Le Syndicat a le devoir de féliciter nos confrères ainsi solidarisés pour une cause juste et tout en leur conseillant la résistance, il doit leur promettre son appui moral et s'il le fallait un jour, au besoin, son concours matériel.

Cet appel du Président reçoit d'unanimes assentiments et au milieu des applaudissements on adresse des félicitations et des encouragements aux médecins de Villemur.

Le secrétaire lit son rapport annuel dont nous extrayons les passages suivants :

Il y a un an, dans la réunion d'inauguration, notre dévoué Président émettait le vœu que l'on ne puisse jamais dire de notre Syndicat ce que l'on dit parfois de certains malades : « *Il y avait trop de médecins autour de lui, il ne pouvait pas vivre.* » Je suis heureux de pouvoir constater aujourd'hui que son vœu a été réalisé et au delà, puisque le Syndicat ne s'est pas seulement contenté de vivre, mais n'a fait que grandir en force et en influence, en même temps qu'augmentait le nombre des médecins groupés autour de lui. A peine, en effet, une trentaine au début, nous comptons aujourd'hui dans notre section près de 60 adhérents, et tous les jours de nouvelles adhésions se produisant nous espérons que nous arriverons bientôt à être sinon l'unanimité du moins la grande majorité du Corps médical de l'Arrondissement.....

La lutte contre les Sociétés de secours mutuels, qui a été une des premières engagée par nous, a été couronnée de succès généralement, c'est-à-dire que là où nos confrères ont montré un peu d'énergie et de mutuelle confiance, les tarifs du Syndicat ont été acceptés ou imposés. Je ne saurais trop engager ceux qui n'ont pas osé entamer la lutte ou qui ont reculé devant les premières difficultés, à recommencer l'attaque. Si pour une raison quelconque ils hésitaient à entrer eux-mêmes directement en lice, le Bureau se met à leur disposition pour faire les premières démarches ou les soutenir dans leur revendications, comme cela s'est passé dernièrement à Villemur où votre Bureau a mis au service de nos confrères toute son influence et contribuera pour sa part à la réussite de leurs demandes.

Mais si nous avons obtenu sur ces derniers points un résultat satisfaisant, nous sommes loin de pouvoir en dire autant pour la question de l'Assistance médicale gratuite. Là, notre situation, loin de s'améliorer, ne fait qu'empirer, mais ce nous est une consolation de savoir que la faute n'en retombe pas sur le Syndicat ; et la cause de l'échec est certes bien facile à comprendre. Si les médecins qui engageaient la lutte contre les Sociétés de secours mutuels ou contre une certaine clientèle ont réussi, c'est qu'ils étaient les plus forts ; au contraire, quand le Corps médical et le Conseil général se sont trouvés en présence, ce dernier a examiné notre bataillon, il a vu qu'il ne formait pas le carré ou plutôt que ce carré avait des vides, et désormais sûr de la victoire, il nous a posé des conditions dignes ni de lui ni de nous, et que nous avons cependant été forcés de subir, mais cet échec doit nous être utile ; il doit nous servir de leçon en nous montrant notre point faible, c'est-à-dire la dissidence d'un trop grand nombre de confrères. C'est là qu'il faut porter nos efforts ; il est nécessaire, si nous voulons aboutir, que le Bureau et chacun de nous, dans le rayon de ses relations, fasse une propagande incessante parmi ceux qui semblent nous ignorer par indifférence ou sous un vain prétexte d'indépendance. Indifférence bien imprudente en face de la lutte économique tous les jours plus âpre, et dans laquelle le *væ soli* est de plus en plus vrai ; indépendance factice, car la vraie indépendance médicale consiste à assurer à soi et aux siens une existence honorable par la juste rémunération de son travail et la pratique réciproque des devoirs déontologiques, et non à en arriver de concessions en concessions, à courber la tête devant des personnalités bien autoritaires et plus exigeantes qu'un Syndicat, ou à obéir à des collectivités qui nous mesurent dédaigneusement quelques grains du grenier que nous avons contribué à remplir.

Assistance médicale gratuite et services publics.

A propos du service de l'inspection des enfants en bas âge, le président fait remarquer que l'ancienne organisation existe et que les circonscriptions des deux services empiètent les

unes sur les autres, et il estime qu'il y aurait lieu de demander la fusion de ces services.

Il en est de même pour l'inspection des écoles, dit M. Eyhérabide, qui cite le cas du médecin de Colomiers qui est inspecteur de Cornebarrieu, et de lui-même médecin à Cornebarrieu qui est chargé de l'inspection de Merville au détriment du confrère Jouvion qui, étant domicilié à Merville, se voit ainsi officiellement concurrencé. Cette situation pourrait susciter des conflits ; on doit y remédier par la fusion des services ; que chaque médecin reste chez soi et n'empiète pas sur son voisin.

Le président fait observer que ce service est gratuit et que partant on ne saurait obliger un médecin à accepter cette nouvelle charge.

M. Secheyron propose de ne confier l'inspection des écoles qu'aux médecins qui la demandent.

Mais, ajoute M. Eyhérabide, pourquoi ce service serait-il toujours gratuit et obligatoire ? Nous n'avons qu'à demander qu'il soit rétribué et réparti aux médecins de circonscription. On en fera de même pour les autres services, commission d'hygiène et vaccination. On demandera aussi une rétribution pour les opérations chirurgicales qui ne sont payées par l'assistance que si elles nécessitent le concours de deux médecins. Il serait facile de frustrer le département en demandant ce concours pour des opérations insignifiantes, mais ce n'est pas digne du corps médical. Pour un accouchement laborieux on devrait tout au moins considérer comme un confrère la sage-femme qui appelle un médecin pour une version ou un forceps.

Ces diverses propositions sont réunies en un vœu qui sera adressé au Conseil général sous la formule suivante :

1° Que le médecin titulaire d'une circonscription d'assistance médicale soit exclusivement chargé de tous les services médicaux relatifs à cette circonscription, tels que assistance médicale gratuite, inspection des enfants du premier âge, inspection des écoles, vaccination, commissions d'hygiène, etc. ; dans les circonscriptions pourvues de plusieurs médecins, l'ancien titulaire serait maintenu, à moins d'avoir démérité ;

2° Qu'un service de constatation des décès soit organisé dans toutes les communes comme dans les villes, ainsi que le prévoyait le projet d'assistance médicale en 1895. Tout en supprimant la responsabilité des officiers de l'état civil, ce service viendrait en aide à l'autorité judiciaire ou administrative au point de vue de l'hygiène générale et de la désinfection dans les maladies contagieuses ;

3° Que les divers services dont les médecins seraient chargés soient rétribués par le département ou les communes, proportionnellement au travail qui leur sera demandé ;

4° Qu'un crédit soit ouvert pour le service de la vaccination qui n'a pas été prévu pour l'année 1897 et que le crédit affecté précédemment aux opérations chirurgicales pour le service de l'assistance médicale gratuite soit établi comme l'an dernier avec taxation par les soins du conseil d'assistance.

La discussion s'ouvre ensuite sur les frais occasionnés par les indigents inscrits sur les listes, au-dessus du chiffre de 12 %, et sur les indûment inscrits.

M. Eyhérabide pense que la situation serait équitable, si un supplément d'honoraires était alloué par la commune au médecin, ou si celui-ci était autorisé à se faire payer par le maire ou par l'indigent.

M. Dore croit que dans le cas de recours contre un indûment inscrit, le tribunal qui condamnera au remboursement des frais avancés par la commune, y comprendra forcément les honoraires du médecin. Mais néanmoins il croit que c'est là un vain espoir, car aucune administration n'osera exercer ce recours contre un électeur et le seul moyen, à son avis, de remédier à cette anomalie, c'est d'obtenir pour le médecin le droit de recours, et pour cela il suffirait d'ajouter deux mots à l'article de la loi qui serait ainsi conçu : *L'Etat, le département, la commune* ET LE MÉDECIN *auront droit de recours contre un individu solvable qui aurait été indûment inscrit, et qui aurait bénéficié de l'assistance, etc...*

On pourrait arriver à une solution en demandant à notre confrère le Dr Lannelongue, Président de l'Association Générale des Médecins de France, de porter la question à la tribune de la Chambre des Députés.

M. Eyhérabide demande que les médecins rentrent aussi dans le droit commun au sujet des impôts sur les chevaux et voitures, autant que sur les patentes.

L'Assemblée décide, avant de se séparer, qu'il y a lieu de tenir une réunion générale du Syndicat le 2me dimanche du mois de juin, afin de discuter définitivement la question de l'Assistance médicale.

Le Secrétaire,
Dr VIDAL.

Syndicat médical du Puy-de-Dôme.

Clermont-Ferrand, le 20 juillet 1897.

Monsieur le Directeur,

Nous vous prions de vouloir bien insérer dans un de vos prochains numéros la lettre suivante que nous avons reçue à la date du 16 juillet courant :

Monsieur le Président du Syndicat médical du Puy-de-Dôme.

J'ai l'honneur de vous signaler, en mon nom et au nom de mon confrère le Dr Chouvet, les faits suivants : Dans la nuit du 27 au 28 juin dernier, entre onze heures et minuit, un individu de Sainte-Florine (Haute-Loire), le nommé Setier, se rendait chez moi pour me prier de venir voir un malade à Sainte-Florine. Ma mère, se trouvant seule à la maison, n'entendit pas les appels réitérés de Setier qui dut se retirer et aller frapper à la porte de mon confrère Chouvet. Ce dernier étant aussi hors de chez lui, Madame Chouvet répondit que le docteur était absent. L'individu de Sainte-Florine repartait tranquillement pour sa localité lorsqu'il fut accosté par le citoyen *Jean-Louis Sauvat*, maire de Brassac-les-Mines, qui s'enquit du motif de sa présence sur sa commune, à lui, Sauvat, à une heure si tardive. Dès que cet honorable magistrat eût été mis au courant de ce qui s'était passé, il affirma « qu'il saurait bien, lui, faire lever ces *cochons de médecins*, ces fainéants », etc. Accompagné de deux de ses administrés, il s'empressa de conduire Setier à la gendarmerie, somma deux gendarmes d'avoir à se lever et à l'accompagner. Les deux gendarmes sans aucun mandat de réquisition se hâtèrent d'exécuter l'ordre de M. le Maire et toute la bande se rendit en face de mon habitation. Là les deux gendarmes et l'individu de Sainte-Florine ouvrirent la petite grille, pénétrèrent dans la cour et le jardin (la maison est à vingt mètres environ de la route) et allèrent frapper à ma porte. Ma mère fut réveillée et malgré ses affirmations que j'étais absent les gendarmes ne se retirèrent qu'après s'être assurés qu'un de mes chevaux manquait à l'écurie ; pendant

ce temps Jean-Louis Sauvat et ses deux acolytes surveillaient de la route cette remarquable opération.

De chez moi le cortège se rendit chez notre confrère M. le Dr Chouvet où la même cérémonie se reproduisit. Tels sont les faits. Plainte a été portée à M. le procureur de la République à Issoire, qui ne nous a pas encore répondu.

Comme il y va de la dignité du corps médical, j'ai pensé devoir vous en aviser pour que vous nous aidiez à réprimer cet inqualifiable abus de pouvoir.

Veuillez agréer, M. le Président, etc.

Dr Menut (Brassac-les-Mines).

Le Bureau du Syndicat médical se porte garant de l'authenticité des faits ci-dessus relatés et s'efforcera de leur donner la plus grande publicité possible. Considérant que dans les actes rapportés par M. le Dr Menut il y a eu non seulement atteinte à la dignité du corps médical, mais *violation nocturne* du domicile de deux de nos concitoyens, le Syndicat médical du Puy-de-Dôme, chargé de faire respecter les prérogatives du corps médical dans ce département, demande à l'autorité compétente de faire respecter les droits des citoyens.

Il se solidarise en cette circonstance avec ses confrères de Brassac et s'efforcera par tous les moyens légaux de leur faire rendre justice.

P. Le Bureau du Syndicat :

Le Président,
Dr H. Bousquet.

Nous reproduisons sans autres commentaires, et nous sommes à la disposition de nos confrères du Puy-de-Dôme.

VARIA

Une école flottante.

Au moment où le corps médical se préoccupe de créer aux quatre points cardinaux des sanatoria, j'ai pensé qu'il y aurait un certain intérêt à signaler aux audacieux, ou simplement aux amis du progrès, de l'hygiène, la création d'une école maritime, sur les bords de la Méditerranée ou de l'Océan, à proximité d'un port d'attache, où on se réfugierait chaque fois que la température serait défectueuse. — Jusqu'ici à Berck et ailleurs, on a surtout songé aux enfants du peuple, aux pupilles de l'Assistance publique et de la ville de Paris. — Il me semble qu'il y aurait une entreprise fructueuse à tenter, en faveur des enfants riches, des fils de la bourgeoisie, atteints de lymphatisme, d'engorgements ganglionnaires, de scrofule, de syphilis congénitale, etc., qui ont tant besoin d'être remontés et que leurs parents, malgré leur situation sociale, ne peuvent pas toujours accompagner. — Ces enfants, vers 13 ou 14 ans, au moment de la croissance, présentent souvent des phénomènes qui les obligent à interrompre leurs études, ce qui est très fâcheux non seulement pour leur avenir, mais encore pour le bien de la patrie, à qui ils auraient pu fournir une intelligence d'élite de plus, s'ils avaient été élevés dans un autre milieu que les tristes internats modernes, qui, malgré d'incontestables progrès, laissent encore tant à désirer. — Evidemment ils ne sont pas dans un milieu propice, au point de vue de l'oxygène, de la lumière solaire, du régime, de l'agglomération, etc., dans nos geôles universitaires, forcément condamnés à une réglementation égalitaire, la même pour tous. — Or, il s'agit de consolider tous ces châteaux branlants, de leur refaire un sang nouveau, des os, des muscles. Il est considérable le nombre des enfants qui gagneraient à faire marcher de front leurs études classiques et leur développement physique, sous le bon soleil du littoral, au milieu des brises marines.

Vous faites-vous une idée d'une salle d'étude située, même en hiver, sur le pont d'un navire : comme le travail y deviendrait facile et comme mes petits protégés gagneraient à aspirer constamment l'air salin. Les jours de pluie sont rares sur les rives d'or et la vie extérieure serait possible presque sans interruption.

*
* *

L'ordre des médecins.

Il est difficile de ne pas admettre *en principe* l'idée d'une chambre disciplinaire, chargée de la police sanitaire de la corporation.— Il me semble qu'on a donné plus de raisons pour que contre. Le sujet n'étant pas épuisé, qu'il me soit pourtant permis de présenter quelques objections.

En l'osant, à l'encontre de tant de suffrages honorables déjà acquis au projet, je suis un peu hanté par le souvenir des méfaits relevés contre l'instruction secrète des parquets, par la passion que certains magistrats, qui devraient pourtant rester impassibles, apportent dans l'exercice de leur ministère ; de simples apparences leur suffisent pour s'acharner sur une piste et tâcher d'imposer leur conviction au tribunal et aux jurés.

Or, des événements récents et trop nombreux ont démontré péremptoirement que divers juges d'instruction avaient contribué à faire condamner des innocents, après avoir usé de tous les moyens d'intimidation pour leur faire avouer une culpabilité, qui n'existe que dans leur cerveau à La Pontiquet.

Avec un professionnel prévenu, tout devient piège pour l'accusé, jusqu'à lui-même, « car il n'est aucun trouble, assez naturel dans ces circonstances, aucune défaillance, aucune parole plus ou moins ambiguë qui lui sera échappée, qui ne soient interprétés à son détriment et ne l'accablent. D'autant qu'il y a moins de preuves, d'autant on s'acharne à en trouver, et d'autant il faut plus de jours ou de mois pour en découvrir. De sorte que la longueur de ce premier procès et la rigueur de ce premier supplice sont en raison directe de la probabilité d'innocence de l'accusé. »

L'opinion qui précède a été émise par un écrivain, pour qui le Palais n'a plus de mystères.— Il me semble que, dans une certaine mesure bien entendu, nous pourrions en faire notre profit : on peut se demander, en effet, dès à présent quels sont les médecins chargés de se prononcer entre des rivaux acharnés et tenaces, qui auront assez de sang-froid pour s'abstraire des influences ambiantes, des haines locales, pour ne pas prêter une oreille complaisante à d'anciennes camaraderies, pour ne pas subir la mauvaise foi qui préside aux rapports des hommes, dès que leur intérêt ou leur amour-propre sont en cause.

Admettons, si vous le voulez, que les arbitres choisis seront impeccables, qu'ils cumuleront la sagesse de Minos et la prudence de Mentor, quels sont ceux qui auront assez de temps à consacrer à l'étude de dossiers volumineux, qui renonceront à des occupations rémunératrices pour écouter méticuleusement le récit de querelles, de froissements, de potins, propres le plus souvent à faire hausser les épaules, où l'accusateur a même parfois plus de torts que celui qu'il voudrait déconsidérer ?

N'est-il pas à craindre que la facilité de pouvoir se plaindre du voisin ne fasse fermenter les levains de discorde et ne multiplie les doléances outre mesure ?

Il est si facile et si doux de se poser en puritain, de chercher à se grandir devant la galerie, en suspectant les autres, en leur déniant les vertus austères, dont on se gratifie.— Les charges relevées auront beau être reconnues inexactes, il en restera toujours quelque chose, surtout si les confrères visés ne veulent pas s'abaisser jusqu'à se défendre, s'ils jugent que leur passé est assez limpide pour les couvrir. — Les malins ou les *méchants diront* qu'on a étouffé l'affaire, qu'elle n'a pas été bien éclaircie, qu'après tout il pourrait bien y avoir quelque chose au fond, qu'il n'y a pas de fumée sans feu, etc., etc.

Il faudrait ne pas connaître la province et la perfidie qui préside aux relations, dès qu'on est en concurrence pour n'importe quoi, pour ne pas appréhender par avance l'infamie des cœurs et des bouches, les suspicions machiavéliques, les rancunes latentes, les dénigrantes et cruelles réserves, les rictus amers, les hochements de tête insultants, avec lesquels on cherche à diminuer l'honneur de chacun dans la considération de tous.

— Les discussions ardentes qui pourront en résulter ne resteront évidemment pas dans l'ombre et transpireront au dehors ; on se passionnera dans les clans adverses et je doute fort que la bonne confraternité ait à y gagner.

Il n'en sera certainement pas de même de l'influence contagieuse de la suspicion et de l'irrespect.

Pour en arriver à comparer quelques charlatans, quelques tarés, que l'opinion publique se chargeait fort bien jusqu'ici d'exécuter, on va créer de nouveaux galonnés, de nouveaux dignitaires, que le gouvernement accaparera probablement, comme s'il n'y avait pas assez de gens portant panache ou émargeant au budget. — La démocratie coule à pleins bords ; on ne parle que de liberté, que d'égalité, et, dans la pratique, on n'aspire qu'à être régenté, qu'à se donner des lisières et des entraves. Mon vieux sang de libéral endurci ne peut se faire à cet illogisme ; il serait peut-être bon que le corps médical ne tombât pas dans ce travers et se souvint à propos que son indépendance lui fut toujours un titre de gloire !

Dr GRELLETY (de Vichy).

REPORTAGE MÉDICAL

Parmi les nominations médicales ou promotions dans la Légion d'honneur, nos lecteurs se réjouiront, avec nous, de celle de M. le Dr *Paul Le Gendre*, médecin de l'hôpital *Tenon*. La distinction accordée à notre ancien et brillant collaborateur est la juste récompense de toute une vie de labeur assidu et d'honorabilité médicale. Nous notons encore la nomination de MM. le Dr *Bailly* (de Chambly), *Hyades*, médecin en chef de la marine, membres du Concours et de M. *Cunéo*, inspecteur général du service de santé de la marine, également membre du Concours, promu au grade de *Commandeur de la Légion d'honneur*.

En outre, les membres du Concours dont les noms suivent ont reçu les distinctions ci-après : *Officiers de l'instruction publique*, MM. les docteurs *Barette* (de Caen) et *Rey* (d'Alger).

Officiers d'académie.— MM. les docteurs *Mesnard* (de Bordeaux) et *Trolard* (d'Alger).

D'autre part, des médailles d'honneur ont été accordées aux membres du Concours ci-après désignés, en récompense du dévouement dont ils ont fait preuve au cours des maladies épidémiques ou contagieuses.

Médaille d'or.— M. le docteur *Soueix* (de Saint-Girons).

Médaille d'argent. — M. le docteur *Galetti* (de Marseille).

Médaille de bronze. — M. le docteur *Courtade* (d'Outarville).

Nominations. — Le concours de chirurgie des hôpitaux de Paris vient de se terminer par la nomination de MM. Thiéry et Guillemain.

Les heureux du dernier concours de médecine sont MM. Renon, Caussade et Claisse.

La double patente du médecin. — MM. Isaac et Pedebidou ont présenté à la Chambre, au cours de la discussion des contributions directes de 1898, l'amendement suivant, dont le renvoi à la commission des patentes a été prononcé :

« Les médecins ne pourront être assujettis au payement de la patente que dans la commune où ils exercent réellement leur profession et pour laquelle ils ont fait enregistrer leur diplôme, conformément à l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892. »

Etat sanitaire des troupes de Crète. — Les journaux militaires annoncent que l'état sanitaire des troupes d'infanterie de marine envoyées en Crète, laisse beaucoup à désirer, et ils signalent en même temps l'insuffisance du nombre des médecins et des infirmiers, pour les services à rendre.

L'affaire Lassalette. — Sur appel a minimâ formé par le ministère public, la cour d'appel de Pau, rejetant les circonstances atténuantes admises par les premiers juges, a maintenu l'amende prononcée en y ajoutant trois mois de prison.

L'abaissement de la mortalité par diphtérie. — D'un travail de statistique que M. Ch. Richet vient de publier dans la *Revue rose*, il résulte que la sérothérapie a sauvé, à elle seule, environ 30 % des sujets atteints de la diphtérie, qui, avant elle, eussent péri, et qu'elle procure ainsi annuellement, à Paris, l'épargne de 800 existences. La mortalité annuelle par diphtérie, dans cette ville, était de 2244 en 1882 : tombée déjà, vers 1893 à un chiffre voisin de 1000, probablement par l'isolement et la désinfection, elle s'est abaissée à 440 en 1895, et 423 en 1896, c'est-à-dire qu'elle est le cinquième de ce qu'elle était il y a quinze ans. Qui parlait donc de la faillite de la science ?

La cause des méfaits de l'alcoolisme. — Une thèse récente de M. Anthéaume établit, par recherches expérimentales, que la solution du problème alcoolique réside bien moins dans la guerre aux alcools supérieurs, que dans la limitation de la consommation de tout alcool ; le moins mauvais de ceux-ci, l'alcool éthylique, étant le plus responsable des progrès du fléau, parce qu'il est le plus fréquemment ingéré.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 33 14 Août 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Une conquête à terminer au plus vite.

Il est des morts qu'il faut qu'on tue.

Croirait-on, par exemple, qu'entre Sociétés locales et Syndicats régionaux, subsiste encore, en quelques départements, un vieux levain de défiance et de froideur, qui se manifeste, de temps en temps, par des incidents minuscules, il est vrai, mais, après tout, significatifs et regrettables.

Certes, beaucoup de Sociétés locales sont sorties de cette attitude fâcheuse qu'elles avaient prise lors de la naissance du mouvement syndical : quelques-unes, en agissant comme Syndicat, en même temps que comme œuvre de bienfaisance (Eure-et-Loir, par exemple); d'autres, en établissant la plus franche cordialité avec le groupe né à côté d'elles, et souvent dans leur sein (Côtes-du-Nord, Indre-et-Loire, etc...).

Mais cela n'est pas encore général ; à telle enseigne que vous pourrez entendre parfois les deux camps s'exprimer ainsi l'un après l'autre :

« On ne fait rien de sérieux, disent certains « syndiqués, pour l'amélioration de notre exis« tence, dans ces réunions de notre Société lo« cale, dont l'ordre du jour étroit, s'épuise, en « deux heures, par des oraisons funèbres, des « félicitations réciproques, des rapports de tré« sorerie, et quelques petites parlottes sur des « questions à peine étudiées. Cela n'empêche « pas de nous réclamer une cotisation élevée, « pour créer des caisses qui ne seront ouvertes « qu'à nos petits neveux, et à condition qu'ils « veuillent bien se décider à tendre la main. « Quant à établir ainsi, entre nous, des liens de « sympathie réelle, est-ce possible avec une « seule entrevue par an, si, surtout, les difficul« tés de déplacement empêchent les trois quarts « des nôtres d'y assister ? Bref, il nous faut « des avantages plus variés, plus immédiats, « plus indispensables : nous ne continuerons à « nous intéresser à la Société locale, que si elle « veut bien devenir plus sympathique à nos idées « de progrès et d'activité, et si sa bienfaisance « se manifeste à des échéances plus prochaines. »

« De quel droit, répondent alors les Sociétés « locales visées, ces Syndicats se sont-ils cons« titués sur un programme qui faisait partie du « nôtre ? Cette partie, nous renoncions, il est « vrai, à l'appliquer: mais y réussiront-ils plus « que nous? L'activité, dont ils se targuent, et « qui sort de nos habitudes, prend à nos yeux « une allure brouillonne ; la solidarité intime « qu'ils réclament, et qu'ils veulent constante, a « un petit air jacobin. Aussi, voyez le prestige « qu'ils ont devant la presse, devant l'opinion, « devant l'administration ! Nous ne songerons « évidemment pas à les contrecarrer dans leurs « revendications, mais nous ne tenons pas à les « faire bénéficier de notre crédit, à nous asso« cier ostensiblement à leurs efforts, et surtout, « à leur sacrifier le calme de notre existence, « jusqu'ici sans heurts. Ils ne manqueraient pas « de soulever aussitôt des affaires, de créer des « dépenses, et, ma foi, vous savez que la fourmi « n'est pas prêteuse. »

Si, après avoir entendu ces deux cloches, et négligé, comme elles méritent de l'être, des questions de personnes que l'on s'étonne de trouver en cette affaire ; vous abordez un essai de conciliation, quelles réponses vous seront faites ?

Trop souvent, il faut le reconnaître, la Société locale refuse de changer ses habitudes dans le sens indiqué par les actifs, les ardents, qui sont généralement membres du Syndicat. Elle fait la sourde oreille, s'entête dans l'inertie, boude au besoin et ne répond pas.

Les syndiqués, au contraire, partisans de la solidarité absolue, jusque dans la bienfaisance, font le premier pas. Mais, une fois entrés, ils donnent carrière à leurs idées novatrices ; prê-

chent l'évolution, comme le président et le secrétaire général de l'Association, MM. Lannelongue et Lereboullet ; affirment qu'il n'y aurait rien de subversif à tenir, le même jour, au lieu le mieux choisi, les séances des deux Sociétés, à se réunir dans le même banquet, à placer à la tête de la Société locale des hommes qui représentent, avant tout, le vif souci de lutter très activement pour la défense professionnelle, ce qui n'ôtera rien, bien au contraire, à leur aptitude dans la gestion des fonds recueillis en vue de la bienfaisance.

Nous le demandons sans parti-pris, ces derniers ne sont-ils pas dans le vrai ?

Aussi, que se produit-il? C'est que les syndiqués arrivent à avoir pour eux le nombre, en même temps que le droit, acheminant ainsi l'ensemble des Sociétés vers l'union, mais à travers des résistances qu'il serait digne de ne pas prolonger.

Et nous ne pouvons que les engager à continuer cette saine campagne, sans craindre les manifestations éclatantes ; choix significatifs de Présidents, banquets communs, réunions sous le même toit, etc...

Ils travaillent ainsi, qu'ils se le disent, pour le progrès des deux groupes de Sociétés, c'est-à-dire pour la solidarité vraie.

On leur pardonnera, comme à nous, de viser l'achèvement de cette conquête, en écartant toute objection prise ailleurs que dans les suggestions de l'intérêt commun.

Dr Jeanne.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les déséquilibrés du ventre.

Partisan convaincu des idées de M. F. Glénard, le Dr *Monteuuis*, de Dunkerque, dont nous avons exposé récemment la méthode pour l'administration des lavements, vient de tracer dans un intéressant ouvrage les différents symptômes et les meilleurs procédés de traitement de l'entéroptose, que nous recommandons tout à fait impartialement à nos lecteurs (1). Après avoir décrit les causes de l'entéroptose, anémie, convalescences de maladies graves, traumatismes, efforts, faiblesse et relâchement de la paroi abdominale, abus du corset, grossesse, M. Monteuuis cherche à différencier les formes cliniques de cette dislocation abdominale : il distingue la forme asthénique (faiblesses, fatigues), la forme entasique (provenant d'efforts répétés), la forme dyspeptique, la forme neurasthénique, la forme névropathique. La partie thérapeutique est traitée avec détails et grand soin. La cure de l'entéroptose, pour M. Monteuuis peut s'obtenir si l'on sait appliquer avec patience les 3 moyens suivants : la ceinture sangle de Glénard, le régime alimentaire approprié, et l'usage fréquent, périodique, des laxatifs salins ou végétaux. Bien entendu, ce trépied thérapeutique ne suffit pas toujours pour combattre tous les symptômes ; on lui adjoindra, selon les circonstances, le bicarbonate de soude, l'acide chlorhydrique, la teinture de Baumé, la caféine, la kola, les antiseptiques gastro-intestinaux, etc.

(1) *Les déséquilibrés du ventre*. L'entéroptose ou maladie de Glénard, par le Dr Monteuuis (de Dunkerque). Librairie J.-B. Baillière et fils, 1 vol. in-16 de 350 pages. — Prix, 3 fr. 50.

Le traitement de l'alopécie séborrhéique et de la calvitie.

Dans notre numéro 27 dernier, nous avons publié une rectification, demandée par M. le Dr Sabouraud au sujet de deux formules de traitement de la calvitie. M. Sabouraud désavoue ces deux formules, et, de fait, elles lui ont été attribuées à tort ; le véritable auteur est le Dr Paul de Molènes (biblioth. Charcot-Debove. Rueff, éditeur, 1894, pages 64 et 65). Nous avons déjà fait remarquer que la pommade à la pilocarpine, dont la formule a été publiée, est malheureusement d'un prix trop élevé. Mais on peut lui substituer la pommade soufrée, la pommade à l'ichthyol, etc. Nous avons sollicité en vain l'opinion de M. Sabouraud ; il refuse de donner des formules « banales » et ne dicte pas de traitements « par correspondance ». « Il n'y a pas, dit-il, un traitement, mais des traitements de l'alopécie séborrhéique. Ils varient suivant le sujet, son âge, l'âge de sa calvitie, l'intensité de la dépilation, la sensibilité propre de sa peau, etc. »

Nécessité de colorer les solutions antiseptiques.

Le Dr Maurange a publié dans la *Gazette hebdomadaire*, un très intéressant article sur les inconvénients et les dangers que présentent les solutions antiseptiques non colorées ; nous en résumerons les points principaux.

De nombreux et irréparables malheurs sont survenus par suite d'erreurs ou de méprises causées par des substitutions d'antiseptiques à des potions ou à des solutions anodines.

Le pharmacien est, en effet, légalement à l'abri, lorsqu'il a revêtu son flacon d'une étiquette rouge très apparente, indiquant que le médicament qui y est contenu est réservé à l'usage externe. Cette précaution est, en effet, suffisante tant que le liquide toxique demeure dans sa bouteille, mais, dès qu'il est versé dans un verre ou dans une cuvette, la confusion est toujours possible, si un signe extérieur ne vient révéler sur-le-champ la nature de la solution.

« Il est inutile d'insister sur les conséquences d'une pareille erreur, qui, sans avoir toujours l'issue fatale des événements dont nous parlions tout à l'heure, peut être la source d'ennuis très grands pour le médecin. Nous avons vu, pour notre part, un chirurgien désinfecter ses mains consciencieusement, pendant tout le cours d'une opération, dans de l'eau simple, croyant les plonger chaque fois dans le sublimé. Plus récemment, dans un cas où nous avions prescrit des pulvérisations boratées dans la bouche d'un enfant, on a, par mégarde, rempli le pulvérisateur de la liqueur de Van Swieten, avec laquelle on nettoyait les vases ayant servi aux déjections. Un autre malade a injecté dans sa vessie du sublimé pour de l'acide borique ; une dame, en prenant un lavement, a fait la même méprise. On pourrait multiplier ainsi les exemples, qui sont plus fréquents qu'on ne le suppose. »

Le moyen de prévenir ces accidents est très

simple. Il est déjà en vigueur dans les hôpitaux de Paris. Il consiste à additionner toute solution toxique d'une certaine proportion de colorant, qui n'en altère en rien les propriétés antiseptiques.

Le praticien devrait tenir la main à ce que, dans aucun cas, les solutions antiseptiques ne fussent livrées sans addition de matière colorante. Il s'épargnerait ainsi de gros ennuis. On ne boit pas, en effet, un liquide rose, jaune ou violet ; tandis qu'on peut toujours vider un verre rempli d'une eau claire.

Le seul moyen véritablement pratique pour obtenir cette petite réforme de pharmacie courante est de s'astreindre à formuler le colorant.

Pour faciliter au praticien la création de ses formules, M. Maurange a prié M. Robert de vouloir bien lui donner une liste des colorants à employer, de fixer les quantités usuelles et de désigner en même temps ceux qui conviennent le mieux aux principaux toxiques employés. Voici la note qu'il a bien voulu lui communiquer :

1° *Sublimé.* — Le sublimé peut être coloré avec les solutions suivantes :

Violet de méthyle à 1/20........	I goutte.
Bleu Nicholson à 1 p. 100.......	II gouttes.
Carmin d'indigo à 1 p. 100......	I —
Vert malachite à 1 p. 100.......	V —

Nous conseillons de choisir de préférence soit le vert malachite, soit le violet de méthyle.

2° *Acide phénique.*

Fuchsine à 1 p. 100.............	II gouttes.
Eosine à 1 p. 100................	X —
Safranine à 1 p. 100.............	IV —

On préfère généralement la fuchsine.

3° *Oxycyanure de mercure.* — Outre les colorants déjà proposés pour le sublimé, on peut employer les suivants ;

Solution d'héliantine saturée...	XX gouttes.
Aniline orange à 1/20...........	III —
Fluorescéine à 1/20.............	IV —

C'est l'aniline orange qui est ordinairement choisie.

4° *Nitrate d'argent.* — Les solutions à 1, 2 et 5 pour 1000 peuvent être additionnées de l'un des colorants indiqués pour les sels hydrargyriques. M. Robert préfère la fluorescéine, qui donne au liquide une couleur jaune opalescente caractéristique.

L'eau boriquée, l'eau naphtolée non toxiques, restent claires. Le sulfate de cuivre a sa coloration naturelle ; de même le permanganate, le lysol, etc.

L'idéal serait qu'une coloration uniforme fût adoptée universellement, au moins pour les antiseptiques les plus usuels. Cela pourrait être établi ainsi qu'il suit (*Les Nouveautés Médicales*) :

Sublimé : Bleu ou vert bleu.
Acide phénique : Rose.
Oxycyanure de mercure : Orange.
Nitrate d'argent : jaune opalessant.
Eau boriquée et en général, tout antiseptique non toxique : blanc.

Action thérapeutique des courants alternatifs de haute fréquence et applications nouvelles des courants ondulatoires.

Les nombreuses et patientes recherches, auxquelles s'est livré le Dr *Apostoli*, lui ont montré que, sans pouvoir avoir la prétention de se substituer aux autres modes électriques qui conservent chacun dans leur sphère d'action leurs indications et contre-indications propres, les courants alternatifs de haute fréquence constituent une acquisition des plus précieuses pour la thérapeutique générale des maladies chroniques.

Ainsi, tous les malades affaiblis et atteints d'une maladie apyrétique par ralentissement ou perversion de la nutrition, peuvent, à un degré variable, il est vrai, en être justiciables.

Mais, d'autre part, les nerveux, ou mieux tous les entachés d'hystérie, de même que toutes les affections aiguës, fébriles et douloureuses présentent, sous une forme plus ou moins accusée, des contre-indications passagères ou permanentes à leur emploi.

Si le courant statique est le médicament par excellence du système nerveux surtout périphérique, les hautes fréquences sont, avant tout, le médicament de la cellule et un modificateur très puissant de la nutrition générale.

D'autre part, le courant ondulatoire de M. d'Arsonval, qui est un courant sinusoïdal passant seulement par zéro, sans changement de sens, paraît être, en gynécologie, d'une innocuité absolue et d'une tolérance constante.

Ce courant, bien que sans action appréciable sur l'évolution des néoplasmes utérins ou annexiels, est jusqu'ici le médicament par excellence de la *douleur*.

Moins souverain, mais fréquemment efficace quand même, contre les hémorragies, contre la leucorrhée et la constipation, il aide encore très favorablement à la résorption des exsudats péri-utérins et il constitue un *analgésique* et un décongestionnant de premier ordre.

Ainsi, le courant ondulatoire est une acquisition précieuse pour la thérapeutique électrique et est destiné, d'après le Dr Apostoli, à prendre une place très importante à côté des autres modes électriques déjà connus.

La cure radicale des hernies et ses conditions de solidité.

Dans une de ces dernières séances de l'Académie de Médecine, le Dr Just Championnière a très judicieusement insisté sur la nécessité de faire des opérations complètes et soignées pour pouvoir obtenir une véritable cure radicale des hernies. La *France Médicale* résume d'ailleurs très exactement sa communication.

Lorsqu'il y a seize ans, M. Championnière a voulu reprendre scientifiquement la défense de la cure radicale de la hernie, il fut d'abord si mal accueilli, que le mot même de *cure radicale* fut écarté pour celui de *cure opératoire* sous prétexte que s'il existait une possibilité de retour de la hernie la cure ne pouvait être radicale.

Aujourd'hui que l'opération de la cure radicale est admise, on a plutôt une tendance à lui accorder trop d'indulgence. On admet trop volontiers comme bonnes des interventions opératoires, qui sont trop superficielles, trop peu sérieuses ; on préconise des actions qui sont manifes-

tement trop imparfaites pour donner un résultat sérieux. La pratique courante de la cure radicale, en faisant mieux connaître les conditions de résistance et les défectuosités des différents procédés permet, de juger sainement de leur valeur. M. Championnière affirme que l'on peut aisément différencier les interventions susceptibles de guérir et celles qui ne peuvent que masquer la hernie. Les premières sont difficiles, laborieuses ou longues. Les dernières sont très communes.

C'est en se fondant sur l'expérience de six cent cinquante-deux opérations, que M. Championnière expose les faits qu'il a observés. Non seulement on a prétendu guérir la hernie par des opérations superficielles et rapides, mais on a présenté des cures radicales sans opération. M. Lannelongue a exposé une méthode d'injection au devant du sac herniaire, faite avec du chlorure de zinc. C'est là le cas de signaler les interventions qui masquent la hernie. Quels que soient les résultats apparents, il est matériellement impossible qu'on obtienne de la sorte la cure radicale.

Tous les chirurgiens qui se sont occupés de la cure radicale savent que toutes les opérations qui laissent subsister l'infundibulum herniaire, toutes celles qui ne réparent pas la paroi par un artifice quelconque sont des opérations sans valeur. Même si on accorde aux injections une action réelle, il est évident qu'elles ne peuvent rien ni sur l'infundibulum séreux de la hernie, ni sur les parties profondes de la paroi.

En outre, la seule observation des faits de M. Lannelongue apprend que les accidents post-opératoires sont beaucoup plus graves que ceux que l'on observe après la véritable cure radicale. Il existe de la douleur, du gonflement, de l'élévation de température et la pratique même de l'injection exige la chloroformisation. Ajoutez à cela une action aveugle et il sera évident pour tout homme compétent en matière de cure radicale que cette intervention est à la fois inefficace et beaucoup plus dangereuse qu'une bonne opération.

M. Championnière apporte un tableau de : 650 hernies opérées ; 556 hernies inguinales, 507 hommes, 49 femmes ; 46 hernies crurales, 13 hommes, 33 femmes ; 22 hernies ombilicales toutes chez des femmes ; 14 hernies épigastriques toutes chez des hommes ; 12 éventrations, 2 hommes, 10 femmes.

Sur des chiffres aussi considérables, il devient impossible de vérifier la totalité des résultats. On ne revoit les malades guéris que par hasard. On retrouve assez facilement les cas de récidive.

Au début de sa pratique M. Championnière a fait porter des bandages aux opérés. Cela n'a pas été fait pour plus d'une vingtaine de cas et depuis, il n'a jamais fait porter de bandage que pour des cas très rares et suivant une indication spéciale tenant à la nature de la hernie du gros intestin.

Plus de 100 observations bien suivies ont pu montrer la persistance de la cure radicale chez des sujets exerçant les professions les plus variées.

Ces résultats sont d'autant plus satisfaisants qu'ils renferment un grand nombre de cas qui étaient franchement mauvais et qu'en faisant une sélection des cas où, en obtenant des opérés plus de mesure dans leurs mouvements on obtiendrait mieux encore.

M. Championnière montre du reste qu'après l'opération, en examinant la qualité et l'étendue de la cicatrice on peut prévoir en quelque sorte les chances de retour. Ces chances sont presque nulles, si on a pu accomplir les temps de l'opération.

L'engraissement a paru à M. Championnière la cause la plus commune et la plus grave de la récidive. Parmi les cas de clientèle non hospitalière, ce sont les seuls cas de la statistique. Deux jeunes gens, un étudiant en droit et un étudiant en médecine, ont fait en quelques mois un engraissement extraordinaire. Le premier a récidivé en six mois, le second seulement au bout de cinq ans. M. Championnière a réopéré l'un deux et a trouvé la paroi dans un état d'infiltration graisseuse lamentable. M. Championnière pense que l'engraissement devrait être surveillé de très près chez ces sortes d'opérés et qu'il y aurait lieu de faire faire à tous les opérés, une gymnastique méthodique. L'usage de la bicyclette peut leur rendre les plus grands services.

La mortalité de cette opération existe. Aucune opération ne saurait en être exempte et les séries peuvent tromper. M. Championnière a eu une série de 265 cas sans mort aucune, il pense donc avoir le droit de le dire.

On ne peut admettre que 0,70 p. 100 représente les chances de mortalité auxquelles on expose un opéré de cure radicale. Ces chances sont encore infiniment moins dangereuses. M. Championnière estime que si on prend un sujet jeune, au-dessous de la quarantaine, exempt de toute tare organique, les chances de mort peuvent être abaissées peut-être au-dessous de 0,20 p. 100, soit un sur cinq cents, peut-être au-dessous encore. Mais ce résultat ne peut être obtenu qu'à l'aide de soins très méticuleux.

Il n'y a de cure radicale possible que par une opération très étendue modifiant la paroi et le contenu de la hernie d'une façon très complète. Plus l'opération devient complète et hardie, meilleurs sont les résultats.

Il faut rejeter carrément toutes les petites opérations, toutes les opérations rapides et superficielles, tous les petits moyens qui ne sont petits, du reste, que par leurs résultats. Les injections en particulier sont douloureuses, plus dangereuses et certainement inefficaces. Une ouverture herniaire suffirait à convaincre les plus prévenus.

Les temps indispensables de l'opération de M. Championnière sont les suivants : ouverture large de la hernie jusque dans l'abdomen, de façon à voir et à réparer le plus haut possible. Excision de tout épiploon accessible. Destruction du sac et de son infundibulum supérieur, éloignement de tout repli péritonéal de la région herniaire, réparation des parois par *croisement* et *réunion* par juxtaposition simple de façon à doubler la paroi de toute la région. Fermeture avec drainage.

On peut arriver à une réparation presque mathématique de la paroi. Mais ce ne sera jamais que par une opération très délicate et très complète

---

Variations de volume du cœur dans les névroses.

D'après Mlle le Dr *Pokryschkine*, dans sa thèse, le cœur est un organe essentiellement mobile sur lequel la moindre excitation agit en déterminant des modifications dans le rythme, la force et le nombre de ses battements.

Il existe des cœurs, dits cœurs nerveux, dont l'excitabilité particulière est due soit à la diathèse nerveuse dont est atteint l'individu, soit à une action réflexe dont le point de départ est dans un organe atteint de quelque lésion.

Ces cœurs sous l'influence des excitations même très faibles, subissent des changements passagers de forme, de volume et de position plus ou moins considérables.

Ces changements sont différents dans les divers états pathologiques.

Ce sont les cœurs nerveux seuls qui présentent ces changements ; les cœurs normaux ne sont pas modifiés dans leur forme et leur volume.

MÉDECINE PRATIQUE

Hygiène de la saison chaude.

Aussi nombreux et aussi graves que les accidents et maladies causés par le froid, les maux imputables à la chaleur excessive de température sont presque tous évitables par l'observation stricte de règles hygiéniques qu'il est bon de rappeler à l'attention des malades et des gens bien portants à même de consulter leur médecin à ce sujet. Et d'abord quels sont ces maux ?

I.

ACCIDENTS PATHOLOGIQUES DUS A LA SAISON CHAUDE.

La grande chaleur produit une dilatation générale des tissus, une sorte d'amollissement qui se traduit généralement par une sensation de grande lassitude, de manque de réaction, d'engourdissement et de tendance au sommeil. Toutes les fonctions se ralentissent et une plus grande réceptivité s'établit à l'égard des germes pathogènes, dont la virulence est réveillée d'ailleurs par la température de l'air extérieur.

En même temps que cet amollissement, cette fatigue plus rapide, cette endurance moindre, surviennent les sueurs abondantes et exagérées qui contribuent à affaiblir promptement l'organisme et à favoriser sur la peau l'accumulation de poussières, d'impuretés, de crasse.

Ces sueurs abondantes facilitent le refroidissement de la surface cutanée : elles sont donc dangereuses, tout en étant passagèrement salutaires. D'elles proviennent les rhumes, grippes, bronchites, pleurésies, congestions pulmonaires dues au refroidissement aussi bien qu'aux germes pathogènes.

La lassitude générale, l'abondance des sueurs et la sécheresse des muqueuses qui en résulte, incitent l'homme à boire. Malheureusement, il ne boit pas que des choses saines (eaux malpropres et polluées, boissons fermentées altérées, alcool, excès de liquide) et le tube digestif se trouve ainsi infecté ou intoxiqué par ce premier moyen : de là des entérites avec diarrhée, dysentérie, vomissements, des embarras gastro-intestinaux, la fièvre typhoïde, le choléra.

Le manque de soin dans la préparation et l'examen des aliments fait que des denrées, des viandes, des poissons, des fruits avariés, pourris, sont introduits dans le tube digestif ; d'où, second mode d'infection et d'intoxication, gastro-entérites, diarrhées, lientéries, cholérines, artério-sclérose toxique, albuminurie, ictère grave, urémie.

L'abondance des sueurs aboutit de plus à la concentration des urines : si l'alimentation est trop carnée, si l'exercice est insuffisant, si les boissons sont trop alcooliques et tanniques, l'acide urique s'accumule, la goutte, la gravelle et les calculs se préparent.

L'insuffisance de soins de propreté amène les éruptions cutanées, sudamina, érythèmes, intertrigo, eczéma sec, impétigo contagieux, furoncles et anthrax ; les parasites cutanés pullulent (poux, puces, punaises des lits) sous l'influence de la malpropreté et de la promiscuité.

Enfin, la plus grande extension de la vie commune dans les villes, où tout le monde vit dans la rue, dans les squares, dans les gares de chemins de fer, pressé, empilé, entassé, le nombre et la fréquence des déplacements, la sécheresse et le surchauffage des poussières innombrables, facilitent les contagions de la tuberculose, de la fièvre typhoïde, des affections épidémiques en général (typhus, choléra, amygdalites, pneumonies, etc.).

La grande chaleur, en favorisant les congestions des muqueuses, est fréquemment cause du retour des hémorrhagies chez les prédisposés (épistaxis des adénoïdiens, des polypiens, des aortiques,) (métrorrhagies des fibromateuses, des cancéreuses, etc.)

Enfin, nous ne saurions omettre les accidents dermiques et congestifs dits « coups de chaleur » « coups de soleil ». Les rayons chimiques de la lumière solaire, dans lesquels il faut certainement comprendre les rayons X, ont une action destructive très profonde sur l'épiderme et le derme humains. Quand on y reste exposé un certain temps une brûlure se produit ; tantôt superficielle, tantôt profonde avec phlyctènes et ulcérations, ces brûlures du coup de soleil peuvent être extrêmement difficiles à guérir, tout comme des brûlures électriques ; elles se manifestent naturellement de préférence sur les régions découvertes (cou, face, mains, bras et jambes lorsqu'on les laisse nus). Outre ces brûlures, les accidents d'insolation peuvent se manifester sur l'encéphale et produire une congestion cérébrale subite avec ictus apoplectique et souvent mort brusque.

Rappelons aussi que la grande chaleur cause dans les pays marécageux et même dans les villes où l'on fait de grands terrassements, des épidémies malariques, qui se traduisent par des accès fébriles intermittents. Tels sont, rapidement résumés, les accidents produits par la saison chaude.

Pour être complet, il faut dire quelques mots des prétendus malaises et des dangers imaginaires que font courir les bains pendant la période caniculaire (fin de juillet). Le préjugé quoique bien atténué, est encore vivace dans certaines campagnes et dans certains milieux : autrefois, en effet, on attribuait toutes sortes d'influences néfastes à l'eau pendant la canicule (fiè-

vres, intoxications, céphalées, purpura et altérations sanguines). En réalité, les bains sont bons et utiles en toute saison, même pendant la canicule et les seuls accidents qu'ils peuvent produire sont le refroidissement et les bronchites, quand ils sont pris trop froids ou en pleine transpiration, la congestion encéphalique quand ils sont pris en pleine digestion, l'affaiblissement et la lassitude, quand ils sont trop prolongés.

II

HYGIÈNE DES ACCIDENTS DE CHALEUR.

La grande chaleur est comme le grand froid, un état anormal pour l'économie humaine qui est organisée pour les températures moyennes (10 à 20 degrés centigrades). Il faut donc ne pas laisser cette économie abandonnée aux aléas possibles de cet état anormal et savoir suppléer par des artifices intelligents aux défauts de résistance du corps humain.

D'ailleurs, il faut bien reconnaître que la plupart du temps, l'organisme pourrait résister, si on ne le surmenait pas et si on ne l'infectait pas volontairement ou par négligence.

« Primo non nocere » et laisser lutter la nature, sans lui rien enlever de ses moyens d'action, tel est le premier précepte hygiénique à développer ici, à propos de la saison chaude, comme à propos de tout danger sanitaire. Pendant les grandes chaleurs, il faut, dans la mesure du possible, éviter les longues marches, les courses fatigantes, les ascensions pénibles ; il faut une grande régularité dans l'heure du lever et dans celle du coucher, de façon à ne pas troubler la bonne harmonie qui doit régner entre les muscles et les cellules cérébrales. Il faut éviter les sorties ou les stations prolongées au plein soleil et ne pas braver ses rayons sans abri, sous prétexte de s'habituer à supporter la grande chaleur ; autrement dit l'usage de chapeaux à larges bords ou d'ombrelles, de tentes-abris pour les travailleurs s'impose comme une nécessité: l'usage de vêtements clairs, blancs et jaunes ou gris-clair doit également être recommandé, pour empêcher dans une certaine mesure l'absorption des rayons chimiques et provoquer en partie leur réflexion en dehors de la surface cutanée ; enfin, ces vêtements seront faits d'étoffe légère, toile ou petite flanelle, afin de peser le moins possible sur les surfaces qu'ils doivent surtout voiler et protéger contre les actions solaires ; le chapeau de paille à larges bords et la casquette de toile à bavolet sont les deux coiffures qui doivent avoir nos préférences, surtout en comparaison des antihygiéniques chapeaux hauts de forme et des shakos des militaires.

Le feutre clair n'est pas nuisible non plus pour se garantir la tête pendant la chaleur.

D'ailleurs, il est de première nécessité d'avoir à sa disposition plusieurs costumes de rechange et d'ôter immédiatement les vêtements trempés de sueur pour les remplacer par des secs. Le linge de corps sera toujours de préférence en flanelle légère, en tissu de lin très fin et, encore une fois, sera changé après transpiration : cela vaut mieux que ces linges de toile et de calicot qui protègent insuffisamment la surface cutanée contre le soleil et contre l'évaporation subite de la sueur.

La question des soins des pieds est au moins aussi importante que celle de la toilette intime. Il faut débarrasser promptement l'organisme des déchets de sécrétion et des dépôts poussiéreux épidermiques agglutinés par la sueur et le sébum qui constituent la crasse. Généralement un lavage soigné biquotidien, matin et soir, au lever et au coucher, avec de l'eau savonneuse sera largement suffisant pour assurer cette détersion. Les bains de pieds fréquents sont d'une pratique défectueuse à cause du ramollissement renouvelé de l'épiderme qu'ils provoquent : un bain de pieds hebdomadaire est largement suffisant, mais les lotions à l'eau savonneuse, aromatique, suivies au besoin de lotions à l'alcool sont excellentes à conseiller matin et soir. Les bas doivent être de préférence en fil de chanvre ou de lin, ou même de coton, mais il est important d'éviter les bas colorés aux mille couleurs de l'aniline, presque toutes irritantes pour la peau et provocatrices d'érythèmes de toutes sortes. La chaussure légère est préférable aux lourds brodequins qui ne sauraient servir qu'aux montagnards et aux marcheurs de grandes routes.

Les soins de toilette intime sont d'une indiscutable nécessité, les sécrétions de la peau et des muqueuses génitales et anales étant très abondantes, très épaisses et très âcres ; pour cet usage, l'eau savonneuse est excellente. Enfin, pendant la période menstruelle, les femmes doivent-elles employer les mêmes pratiques et avec quelle eau, chaude ou froide ? Il est vraiment extraordinaire d'entendre à ce sujet une multitude de conseils et d'axiomes erronés de matrones ignorantes et surtout de voir tant de femmes intelligentes qui y croient. Les soins extérieurs de la vulve, du périnée et de l'anus s'imposent à toute époque de la vie, même et surtout pendant l'écoulement menstruel : l'eau savonneuse tiède est incontestablement la meilleure, mais, il ne faut pas croire que l'eau froide à moins d'être absolument glacée (8 à 10 degrés et au-dessous) puisse avoir une influence nocive sur la menstruation : elle décrasse moins bien que l'eau chaude, voilà tout.

Nous arrivons à la question des bains généraux chauds ou froids. Disons, tout de suite, qu'il faut être prudent dans leur administration pendant les règles et qu'il vaut mieux s'en abstenir ; mais, en dehors de ce moment, l'usage quotidien de bains chauds peu prolongés ou de bains froids dans l'eau courante, avec exercices natatoires, ne peut être que conseillé et vanté, pendant la saison chaude.

Après les bains, l'hydrothérapie (douches) et le massage, sont pour les raffinés d'un grand secours pour mieux supporter la grande chaleur, sans accablement.

Il faut encore dire quelques mots de l'habitation : pendant les journées de grand soleil, le mieux est de rester à l'abri chez soi, derrière ses volets et ses fenêtres fermées. Les sorties seront faites le matin de bonne heure, peu après le lever du soleil, ou le soir, assez tard, après le coucher du soleil dans nos pays à climat tempéré, mais ces sorties seront évitées à tout prix dans les pays tropicaux et dans les contrées marécageuses sous peine de gagner la malaria.

Il est encore indispensable de veiller au bon fonctionnement des conduites de décharge des

eaux polluées, et des tinettes, qui doivent toutes être munies d'une double soudure en siphon étanche, les mauvaises odeurs sont, quoi qu'on en dise, nuisibles à respirer, puisqu'elles sont révélatrices de la stagnation d'immondices. Enfin, les eaux potables doivent être l'objet de grands soins ; les vases qui les contiennent et les robinets qui les déversent, fréquemment nettoyés non par simple rinçage, mais par frictions et savonnages.

Nous arrivons à la question si importante des ingesta, pendant la saison chaude. Il ne suffit pas de bien nettoyer la surface cutanée, d'entretenir une propreté parfaite des cavités et orifices naturels, de se vêtir hygiéniquement, de ne pas se surmener par des courses excessives, de faire toujours et seulement des exercices modérés, il faut encore être sobre et propre dans son alimentation.

L'eau est la principale source des infections microbiennes (typhus, choléra, fièvre typhoïde, etc.) Il faut donc apporter un soin méticuleux, à ne boire *jamais* (une seule infraction suffit pour tout perdre) que de l'eau filtrée dans un filtre parfaitement nettoyé et brossé au savon tous les mois, ou à défaut d'eau filtrée, de l'eau stérilisée, c'est-à-dire, de l'eau ayant bouilli pendant 1/4 d'heure au moins, dans un vase propre. Pour rendre cette eau moins désagréable au goût, le mieux est de l'aérer en l'agitant dans une bouteille propre ou de faire une infusion légère de thé ou de café. C'est là la question primordiale.

Viennent ensuite les questions subsidiaires de la quantité et de la température des boissons, et en particulier de l'eau. En ce qui concerne la quantité, bien des gens se créent de funestes habitudes et croient que pour leur tempérament, il faut 4 à 5 litres de boisson par jour ; c'est une erreur : la grande quantité de boisson produit l'obésité, la gastrectasie et l'adipose viscérale ; deux litres suffisent amplement aux nécessités de l'économie. Quant à la température des boissons, elle doit être réglée sur la température générale de la peau et sur le degré de transpiration : la glace propre, faite avec de l'eau filtrée ou stérilisée n'est pas plus malsaine que l'infusion chaude de café, à condition que l'organisme ne soit pas brusquement surpris par l'arrivée inopinée de ce corps froid dans l'estomac, à condition que la vaso-constriction produite par le corps froid ne provoque pas un arrêt instantané des sueurs ou de la sécrétion gastrique.

Les boissons alcooliques doivent être évitées pendant la saison chaude plus encore que pendant l'hiver: abstention complète d'apéritifs, de vin pur, de liqueurs distillées, grande modération dans l'usage de la bière et du vin aux repas. Les infusions légères de thé, de café, de coca paraissent, à condition d'avoir été récemment préparées, constituer les boissons les plus inoffensives et les plus hygiéniques.

Quant aux aliments solides, de nombreuses précautions sont indispensables pour éviter les gastro-entérites et les intoxications : tout aliment, viande, poisson, fruit, légume, ayant la moindre odeur douteuse doit être impitoyablement rejeté. Toute viande de charcuterie est dangereuse pendant la saison chaude ; il en est de même du gibier ; les crustacés, homards, écrevisses, dont on aura constaté la mort avant cuisson, sont extrêmement dangereux ; le poisson doit être de première fraîcheur sous peine de nuire (yeux brillants, écailles claires, ventre sans odeur) ; la viande ayant la moindre fadeur ne saurait servir à l'alimentation, même après longue ébullition dans un ragoût ; les légumes, les fruits un peu avancés, blets, comme on dit, sont malsains pour l'économie ; enfin les fromages forts ont une grande influence sur le développement de bien des intoxications alimentaires ; seuls les fromages blancs et les fromages cuits peuvent être considérés comme sans danger.

En ce qui concerne les condiments et épices, personne ne songera à en nier l'utilité ; le sel, le poivre, le piment, l'oignon, l'ail, l'échalotte, employés selon les goûts et les mœurs culinaires ne peuvent avoir que de bons effets dans la stimulation gastrique et dans l'antisepsie intestinale.

Nous aurons terminé cette rapide revue, quand nous aurons vanté les excellents effets du régime lacté mixte, pendant les grandes chaleurs. La seule condition indispensable à réaliser est la parfaite pureté et la complète stérilisation du lait, ou tout au moins la stérilisation absolue des vases, des mains qui font la traite et des pis de la vache qui fournit le lait.

Si l'on savait toujours se conformer à ce petit code d'hygiène, si surtout, on en avait la fermeté, l'institut Pasteur pourrait largement suffire aux fournitures de sérum pour quelques rares maladies contagieuses, encore difficilement évitables et le conseil d'hygiène n'aurait plus guère à s'occuper que des observations des quarantaines aux frontières.

D[r] PAUL HUGUENIN.

ÉLECTRICITÉ MÉDICALE

Emploi des machines électro-statiques pour la production des rayons X.

L'électricité statique qui donne de si précieux résultats dans le traitement de beaucoup de maladies, surtout des affections nerveuses, est employée aujourd'hui par bon nombre de médecins, et il n'est pas rare, de trouver, même à la campagne, des praticiens possesseurs de machines électro-statiques, tournées à la main, ou actionnées par des moteurs dans les petites localités éclairées par l'électricité.

A plusieurs reprises, depuis la découverte de Röntgen, on avait signalé la possibilité de produire les rayons X avec les machines statiques ; mais les résultats minimes et inconstants obtenus n'avaient amené que des déceptions.

Depuis peu, la question a changé de face, et le commerce fournit aujourd'hui des tubes focus fabriqués exprès pour être actionnés par des machines statiques, et au moyen desquels l'on obtient tout ce que peuvent donner la radioscopie et la radiographie.

Suivant le D[r] H. Monell, de New-York (voir *Archives d'électricité médicale*, n° de juin) l'emploi de la machine statique pour la production des rayons X aurait les avantages suivants :

Pas d'effets calorifiques, d'où suppression de ces dermatites plusieurs fois constatées.

Facilité de la manipulation ; durée beaucoup plus longue du tube et stabilité plus grande des radiations émises. — Enfin, au lieu d'acheter une grosse bobine, ce qui constitue un luxe inutile pour les médecins qui ne s'occupent pas exclusivement des rayons X, on utilise une machine qui sert ainsi à deux fins.

La technique de l'utilisation des machines statiques pour la radioscopie et la radiographie a été magistralement établie par le Dr Leduc, de Nantes, dans le numéro de juillet des *Archives d'électricité médicale*.

Voici quel est, d'après ce savant électricien, le dispositif qu'il convient d'adopter pour obtenir les résultats les plus complets.

Chaque pôle de la machine est mis en communication avec l'armature interne d'une bouteille de Leyde. Si les armatures externes sont unies par un conducteur sur le trajet duquel on intercale le tube radiogène, on n'obtient pas des courants interrompus de sens constant, comme il est nécessaire, mais des courants alternatifs, des décharges dans un sens, puis dans un sens contraire.

Pour obtenir un courant de sens constant, on établit une dérivation entre les armatures des deux condensateurs, en laissant traîner sur la table de la machine les chaînettes des armatures externes. — La cathode est unie à l'armature externe du condensateur dont l'armature interne communique au pôle positif de la machine et l'anticathode à l'armature externe de la bouteille de Leyde appliquée au pôle négatif.

Avec cette disposition, M. Leduc a pu radiographier toutes les parties du corps, la main en 10 minutes de pose, le coude, le pied en 20 minutes, l'épaule, la jambe en 40 minutes, la poitrine en 45 et la hanche en une heure.

La machine qu'il emploie est une Wimshurst à deux plateaux de 70 centimètres de diamètre.

Il a pu également, avec un bon écran, pratiquer la radioscopie des membres et du tronc, voir battre le cœur, et apercevoir une pièce métallique à travers la poitrine.

J'ai obtenu les résultats les plus intéressants, en adoptant le dispositif de M. le Dr Leduc, et en employant la machine Bonetti numéro 6, à 2 plateaux d'ébonite de 55 centimètres.— Avec un tube bi-anodique, j'ai pu voir une pièce de 10 centimes, à travers deux volumes fortement cartonnés de 700 pages chacun, et apercevoir très nettement les os de la main.

Les conducteurs que j'emploie sont des cordons sangles dont on se sert pour les lampes à incandescence, enveloppés de plus dans un tube de caoutchouc.

J'ai cru intéressant de publier ces quelques lignes à l'usage de mes collègues du Concours médical. Elles détermineront ceux qui possèdent des machines à produire des rayons X ; peut-être décideront-elles quelques-uns à se procurer une machine statique, avec laquelle ils obtiendront dans le traitement de quelques maladies des résultats inattendus.

Dr Bœll (de Baugé).

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Soins donnés dans un hôpital. — Le blessé, qui ne participe pas au service de l'Assistance médicale gratuite, peut être tenu d'honorer le médecin.

(Tribunal civil de Murat, 10 juin 1897.)

Jugement Peschaud et Bouchet

Attendu qu'à la date du vingt-quatre octobre 1896, Gabriel Peschaud et Durand Peschaud, docteurs en médecine à Murat, ont assigné Antoine Bouchet, pris tant en son nom personnel, que comme représentant son fils mineur, en paiement, le premier de la somme de 261 francs, le second de celle de 205 francs, pour les honoraires des soins par eux donnés au fils Bouchet et en outre en cent francs de dommages-intérêts.

Attendu qu'il résulte des débats et des documents de la cause que le vingt-six septembre 1894 à Bainac, commune de Celles, le fils mineur de Bouchet a eu le bras droit pris dans l'engrenage d'une machine à battre ; que M. Fontanier, médecin à Neussargues et les docteurs Peschaud furent appelés auprès du blessé, qu'ils s'y rendirent et qu'après examen il fut décidé qu'il serait procédé à l'amputation du bras mutilé.

Attendu que convaincu que le blessé serait mieux soigné à l'hospice de Murat qu'à son domicile, Bouchet père sollicita et obtint l'admission de son fils dans cet établissement, qu'il y fut amputé du bras droit par les trois médecins qu'il avait fait appeler immédiatement après l'accident, que les deux docteurs Peschaud l'y ont soigné, jusqu'au vingt-huit octobre 1894, date à laquelle il a quitté l'hospice.

Attendu que Bouchet père soutient ne rien devoir aux demandeurs parce que le docteur Gabriel Peschaud étant médecin de l'hospice devait le soigner gratuitement ; qu'il prétend que leur réclamation est contraire à l'ordre public et conclut reconventionnellement, à ce que les demandeurs soient condamnés solidairement à *lui payer deux mille francs* pour réparation du préjudice que l'instance actuelle lui a causé.

Attendu que le premier motif invoqué n'est pas applicable au docteur Durand Peschaud qui n'était pas médecin de l'hospice.

Attendu que, si d'après les lois qui régissent les hospices communaux, l'hospice de Murat est tenu de recevoir les vieillards ou infirmes indigents de la commune et les individus privés de ressources, tombés malades dans sa circonscription, Bouchet ne saurait prétendre que son fils domicilié dans la commune de Celles, où l'accident, dont il a été victime s'est produit, avait droit d'exiger son admission à l'Hospice de Murat.

Attendu il est vrai qu'il est permis aux hospices de recevoir des pensionnaires payants et à des conditions arrêtées entr'eux et la Commission de ces établissements, mais que le médecin de l'hospice ne doit ses soins gratuits qu'à ceux qui ont droit à leur admission, qui sont admis comme indigents et non comme pensionnaires payants.

Attendu que Bouchet ne justifie pas que moyennant la somme de un franc 50 cent. par jour qu'il a payée, l'hospice de Murat s'était engagé non seulement à recevoir son fils, comme pensionnaire, mais encore à faire pratiquer gra-

tuitement par les trois médecins de son choix, l'amputation du bras mutilé et à faire continuer au blessé leurs soins jusqu'à complète guérison.

Attendu qu'on ne saurait concevoir à quel point de vue l'action des demandeurs pourrait être considérée, comme contraire à l'ordre public, puisqu'elle ne tend pas à obtenir condamnation contre un indigent admis gratuitement à l'hospice de sa commune, en raison des soins qui lui ont été donnés à ce titre, mais contre un individu qui, ayant obtenu l'admission de son fils comme pensionnaire payant, dans un établissement auquel il n'avait pas droit, refuse d'acquitter les honoraires des médecins qu'il a choisis et appelés, sous prétexte que l'un d'eux est médecin de l'hospice.

Attendu que Bouchet a si bien compris que les frais de maladie de son fils étaient à sa charge, que cité en conciliation par M. Fontanier qui lui réclamait quarante francs, pour avoir assisté les demandeurs au moment de l'opération, il lui a payé cette somme, et qu'il a aussi payé à M. Baduel, pharmacien, 117 francs, prix de médicaments fournis par ce dernier.

Attendu que les honoraires demandés par les docteurs Peschaud sont justifiés par l'importance et la gravité de l'opération qu'ils ont faite et la durée des soins qu'ils ont donnés au fils Bouchet.

Attendu que la demande reconventionnelle du défendeur, dénuée de toute justification, ne saurait être accueillie.

Par ces motifs :

Le tribunal vidant son délibéré, jugeant en matière sommaire et en dernier ressort, condamne Antoine Bouchet es-qualités qu'il est pris, à payer à Gabriel Peschaud 261 francs et à Durand Peschaud 205 fr. avec intérêts depuis la demande, rejette la demande reconventionnelle formée par le défendeur et le condamne aux dépens pour tous dommages-intérêts.

Fait, jugé et prononcé en audience publique. Certifié conforme.

Signé : BAYONNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Un cas de déontologie.

Monsieur et honoré Confrère,

Le bureau de notre Association me charge de vous demander un conseil sur l'attitude que doit prendre notre Syndicat dans les faits suivants :

Les médecins de notre ville se sont syndiqués depuis le 20 août 1896, et ils ont rédigé un code de déontologie. Depuis, nous avons obtenu des modifications avantageuses vis-à-vis des sociétés de Secours mutuels et, marchant avec une grande entente, nous espérons de nouvelles réformes. La vitalité de notre syndicat paraissait donc assurée, quand survint, ces jours-ci, l'incident suivant :

Le Dr X. sérieusement malade, est dans l'impossibilité de se rendre dans une famille dont il est le médecin depuis 25 ans, pour le début d'une affection chez un enfant. Son confrère du Syndicat, le Dr Z. est appelé à sa place. Dès le rétablissement du Dr X. la famille réclame ses soins. Refus de ce dernier, avant d'avoir eu une consultation avec le Dr Z. La consultation a lieu et le diagnostic de fièvre typhoïde est donné aux parents. Après la consultation, règlement des honoraires et remerciements à M. Z.

Celui-ci, sans en être prié, revient le lendemain. Devant la surprise de la famille : « Je m'intéresse à votre malade, dit-il, et je viens vous faire remarquer que le diagnostic de fièvre typhoïde n'est pas du tout certain. Pour en être sûr, il faudrait faire le séro-diagnostic, etc. » Explications données à ce sujet, exposé de ses connaissances scientifiques, avec comparaisons désavantageuses pour ses autres confrères...! ! !

Devant le désir manifestement exprimé des parents, de voir le Dr X., leur médecin habituel, continuer la suite du traitement, procédés d'intimidation du Dr Z. « Nous sommes syndiqués, répond-il, vous ne trouverez pas un médecin pour vous soigner », etc., etc.

Ces braves gens, d'ailleurs, sont dans l'impossibilité de se payer des consultations régulières et le luxe de deux médecins.

Le D. X., pressé par la famille, écrit à son confrère, pour lui demander l'autorisation de continuer les soins, lui faisant remarquer qu'il est depuis 25 ans le médecin habituel de ces gens, et qu'il n'a été remplacé qu'en raison de sa maladie.

Refus du Dr Z. M. X. demande alors, d'une façon officieuse, l'avis de quelques confrères qui répondent : « En la circonstance, vous ne devez pas être considéré comme le *médecin consultant*, mais bien, comme le *médecin traitant* habituel, empêché au début de la maladie nouvelle. Devant le désir de votre client, vous n'avez pas à hésiter ».

Le D. X., après ces diverses démarches, se rend chez le petit malade.

Sur ce, démission du Dr Z. adressée au président de notre Syndicat.

Il est à remarquer que ce conflit n'avait eu aucun caractère officiel. Aucune plainte portée devant notre association. Notre bureau fait *plusieurs tentatives* auprès du Dr Z. pour le faire revenir sur sa décision. On lui rappelle que ces conflits, *prévus par nos statuts*, peuvent et doivent être réglés d'une façon différente, que notre Syndicat ne doit point souffrir de ces incidents particuliers. Nos démarches sont inutiles. Plusieurs de nos confrères qui, avant la formation du Syndicat, ont eu à se plaindre, paraît-il, des procédés du D. Z., croient que ce dernier a saisi la première occasion de se débarrasser des entraves de nos statuts.

Quoi qu'il en soit, par le fait d'un seul, voilà nos beaux projets de réforme et de solidarité en danger, étant donnés les antécédents du confrère démissionnaire ! C'est la dégringolade de notre Syndicat, presqu'au début de son existence.

Nous devons avoir une réunion mardi prochain, pour apprécier la conduite du Dr Z. Deux opinions sont en jeu, car si nous ne nous défendons point, nous n'aurons aucune sanction contre notre confrère indépendant :

La première est l'acceptation de la démission, mais avec un blâme. M. Z., en outre, serait prévenu qu'au prochain manquement à nos statuts et à nos principes de déontologie, on n'aurait plus avec lui de rapports confraternels.

La seconde est le refus d'acceptation de la

démission et l'exclusion du Syndicat avec toutes ses conséquences.

Quel est votre avis ? Si nous faisons les moutons, l'avenir de notre Syndicat est en jeu. Devons-nous considérer seulement la petitesse de l'incident ou bien les dessous de la démission ?

Pardonnez-moi, Monsieur et honoré confrère, tous ces détails, propres à éclairer votre jugement. Etant en dehors de nos démêlés vous verrez plus impartialement et vous pourrez nous donner plus librement votre avis.

Le bureau de notre Association vous serait reconnaissant de nous transmettre votre opinion, avant notre prochaine réunion qui aura lieu mardi soir, 13 courant.

Veuillez agréer,

D. G.

Nous avons répondu que, malgré la persistance du Dr Z. dans son attitude fâcheuse, il y avait lieu de faire une nouvelle démarche près de lui, de le prier d'accepter un arbitrage, et, en cas de sanction rigoureuse, de s'en tenir à la plus légère, encore bien grave pour une première faute.

A propos de succession en clientèle.

Monsieur et très honoré Confrère,

Le *Concours médical* a cu l'obligeance de publier plusieurs semaines de suite, une annonce relative à la cession de ma clientèle. Je viens vous en exprimer toute ma reconnaissance.

Je n'ai trouvé personne. Plusieurs confrères m'ont écrit et malgré tous les renseignements excellents et véridiques que je leur ai fournis, ont gardé le silence. Un seul, le Dr X. tout en renonçant à mon poste, a eu la politesse de me donner une réponse.

Je vais pourtant avoir un successeur bon gré malgré. Un jeune homme, récemment reçu docteur à la Faculté de Lyon, ayant appris mon futur départ, est venu, à la sourdine, et sans me rendre de visite préalable, louer une chambre à côté de chez moi, et attendra patiemment que je sois parti pour se substituer à moi..... Allons, il y a encore de la marge pour le zèle de ceux qui voudraient faire l'éducation de nos jeunes docteurs.

Veuillez agréer,

Dr V.

Pour l'ordre des médecins.

Monsieur et cher Confrère,

Je viens de lire dans le dernier numéro du concours, l'article *contre l'ordre des médecins*.

J'y vois de bonnes phrases qui se terminent par des doléances et un appel à l'union.

Or, je dis que l'ordre des médecins seul, mettra fin à ces doléances et réalisera l'union désirée.

Depuis 23 années que j'exerce la médecine, j'ai pu me convaincre, et le public est de mon avis, que les médecins, sont seuls coupables du malaise de leur profession.

Pour avoir une famille médicale respectée, il faut tout d'abord en rendre tous les membres respectables, (professionnellement parlant) ; or cela n'existe pas, dans beaucoup de localités.

En voulez-vous des exemples :

Je connais un canton, au milieu duquel débarque un beau matin, un méridional, avec sa trousse pour tout bagage.

Il s'installe dans un petit trou, pas cher, où il pourra faire la pharmacie. Primum vivere. Pour arriver à ce résultat urgent, voyez-le à l'œuvre.

1° Boniment sur la médecine démocratique.

Offre de rabais aux sociétés de secours mutuels. La société de X paye 14 francs pour l'homme et la femme ; pour dix francs notre méridional soignera toute la famille, à 6 et 8 kil. de sa résidence.

2° Envoi d'un solliciteur dans toutes les maisons, muni d'un carnet d'abonnements trimestriels payables d'avance, à raison de 50 centimes par mois, dans un rayon de 6 à 8 kilomètres.

3° Pour le service des abonnements, médecine ambulante, deux fois par semaine, à jour fixe, arrivée dans un cabaret de chaque localité, boîte aux lettres pour les malades à visiter, coffre à drogues dans la voiture, etc.

Fait isolé, dira-t-on, et qui ne durera pas longtemps. Profonde erreur, ça dure, et qui pis est, amène des résultats déplorables.

Les médecins qui visitaient antérieurement les Sociétés mutuelles, ont été obligés d'accepter la réduction de leurs honoraires. L'un d'eux, doué d'une certaine dose de combativité, s'est rallié aux tournées de chinage hebdomadaire, les a même généralisées dans tout le rayon, et aujourd'hui, les paysans se frottant les mains, disent : « nous étions obligés autrefois, de faire appeler le médecin, maintenant nous en avons tous les jours un à notre porte. »

Voilà comment la faute d'un seul, rejaillit sur tous les autres, et amène la ruine des praticiens honnêtes qui ne peuvent quitter cette galère.

L'union est impossible...... Le Syndicat ne peut rien..... Il faut donc autre chose. La nécessité de l'ordre des médecins s'imposera de plus en plus, avec le nombre croissant des médecins et les difficultés de l'existence.

Recevez, etc...

Dr D.

Les récompenses pour soins gratuits aux gendarmes et à leurs familles.

Très honoré Confrère,

Ne pourrait-on pas inviter tous nos excellents confrères qui ont la manie de faire l'aumône à l'armée, de s'abstenir à l'avenir de le faire ? Mieux vaudrait, pour eux, recevoir un franc par visite, que ce morceau de papier ministériel, qui ne vaut pas les honneurs de l'encadrement.

Comment ! voilà des médecins qui ont soigné pendant 22 ans, 30 ans, 34 ans, les gendarmes et leur famille, et qui ne reçoivent, pour tout remerciement, qu'un *témoignage officiel de satisfaction* ? Belle récompense pour un si long service, quand nous voyons tous les Lieutenants de vaisseaux, un 1er maître de mousqueterie, ou de manœuvre, un garde chiourme, un plumitif quelconque, qui n'ont certainement pas rendu les services de ces médecins, être nommés chevaliers de la Légion d'honneur ; c'est honteux. Si j'avais été un de ces médecins-là, j'aurais renvoyé avec fracas ce témoignage officiel de satisfaction à M. le Ministre, et jamais plus je ne soignerais un gendarme quelconque, que moyennant espèces sonnantes et trébuchantes. Et personne ne s'élève contre cela, au contraire on trouve cela bien.

Si vous pouviez insérer ma protestation dans le *Concours médical*, je suis persuadé que plus d'un dirait que j'ai raison.

Agréez, etc. Dr Blitz.

Nous ne pouvons que nous associer aux réflexions indignées de notre correspondant, comme la presse médicale s'était associée aux nôtres, en reproduisant l'article : *Honneurs et honoraires en médecine publique*, publié au n° 39 de l'année dernière, page 457.

BULLETIN DES SYNDICATS

Association des médecins de la vallée de la Meuse

27 juillet 1897.

Présents : MM. Am Stein, *président*, Beaude, Saint René Bonnet, Desplous, d'Hôtel, Gignac, Parmentier, Pillière, Roland, Rousseau, Renson, Séjournet, Trévelot.

M. le président Am Stein ouvre la séance par un éloge ému du docteur Carion dont la perte a laissé de si unanimes regrets parmi ses confrères.

Le Dr Saint René Bonnet déclare ne pouvoir, pour des raisons spéciales, continuer ses fonctions de secrétaire. L'intérim est offert au Dr Renson qui accepte.

M. le Dr Hennecart *de Charleville* est admis à l'unanimité comme membre du jury.

Société de secours mutuels, compagnie d'assurances, chemins de fer.

Le Dr Baude, de Deville, fait part au Syndicat du conflit qui existe entre lui et le conseil d'administration de la Société de secours mutuels de l'endroit. Son attitude défensive est approuvée.

La parole est ensuite donnée au Dr Desplous de Rimogne qui vient expliquer pourquoi il traité avec une compagnie d'assurances en dehors des règles du syndicat. Une discussion s'engage à ce sujet, mais étant donné que le confrère s'est trouvé dans des circonstances toutes particulières et que sa manière de faire n'a causé aucun préjudice à d'autres confrères, son traité est adopté provisoirement.

Le Dr Pillière, de Charleville a reçu des offres de la part de l'administration des chemins de fer départementaux : réduction de prix pour les soins à donner aux employés, sans aucun avantage, en retour, pas même la gratuité du parcours !

Il a refusé ces offres contraires à la dignité professionnelle, mais retient son droit de priorité spécifié par les statuts.

Le Dr Saint René Bonnet propose qu'à l'avenir quand un traité avec une collectivité quelconque prendra fin, par suite du départ ou du décès du médecin titulaire, aucun médecin n'accepte la situation. Tous les médecins de la ville pourraient être appelés, selon le choix des malades, à soigner, au prix du tarif général, les membres de la collectivité qu'un seul soignait à prix réduits. — Cette proposition sera discutée à la prochaine réunion.

Recouvrement d'honoraires.

Le Dr d'Hôtel, de Poix, fait une proposition, concernant le recouvrement des honoraires. MM. Am Stein, d'Hôtel, Pillière, Trèvelot et Renson sont chargés d'étudier la question. Un rapport sera présenté à la prochaine réunion.

Le Dr Renson demande que ceux qui veulent bien s'occuper de nos intérêts fassent toutes les démarches possibles pour obtenir un texte de loi qui permette aux médecins de recouvrer les honoraires qui leur sont dûs par les ouvriers, sans être obligés d'avoir recours à des huissiers.

Ces honoraires seraient privilégiés en toute première ligne et sur le vu du juge de paix, les médecins pourraient faire retenir le montant de leurs notes sur le dixième du gain par acomptes mensuels qui seraient fixés après entente préalable avec l'ouvrier.

Cette proposition est très favorablement accueillie par tous et si l'Union des Syndicats d'accord avec les autres associations confraternelles, pouvait obtenir du Parlement ce texte de loi aussi profitable à l'ouvrier qu'au médecin, tous les médecins des pays industriels lui en seraient certainement très reconnaissants.

Le secrétaire : Dr Renson.

Syndicat des Médecins de la Haute-Garonne

Section de l'Arrondissement de Muret.

11 avril 1897.

Présents : MM. Julia, Labernesse, Pech, Martin, Sère, Gaubert, de Gisson.

Le secrétaire donne connaissance d'une dépêche de M. le Dr Méric, président, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la réunion. En l'absence du vice-président et du syndic, le Dr Julia, délégué au Bureau départemental, prend la présidence.

Avant d'aborder l'ordre du jour, le secrétaire propose d'adresser des félicitations au Dr Méric, son président, pour sa nomination de délégué au Conseil départemental d'assistance et pour le vœu qu'il a émis, au sein de cette assemblée, tendant à obtenir, pour chacun de nous, voix délibérative au moment de la confection des listes d'assistance. L'Assemblée consultée vote et adresse à l'unanimité les félicitations au Dr Méric.

M. Soulé, de Gratens, est à l'unanimité admis comme membre du Syndicat.

Assistance médicale gratuite.

Au point de vue de l'Assistance médicale gratuite, s'engage une très longue discussion; après échange de vues entre tous les membres présents, l'Assemblée, ne se jugeant pas en nombre suffisant, renvoie à la réunion générale du deuxième dimanche de juin la solution ferme de ces différentes questions, admettant que les revendications ainsi formulées et unifiées auront beaucoup plus de poids, invite la Chambre syndicale à étudier à fond la question des indûment inscrits et des dépassements du 13 %.

M. le Dr Gaubert invite ses confrères à combattre le système adopté par le Conseil général pour revenir au système à la visite qui seul sauvegarde la liberté du malade et du médecin.

La séance est levée à 10 heures 1/2.

Le secrétaire,

L. de Gisson.

REPORTAGE MÉDICAL

Nomination. — On vient de créer, au Collège de France, un Laboratoire de médecine expérimentale. Par décision du Ministre de l'Instruction publique, le docteur Charrin, agrégé, médecin des hôpitaux, suppléant du professeur d'Arsonval, est nommé chef de ce Laboratoire.

Un bon point à l'Administration. — Les médecins de l'Assistance nommément désignés par les arrêtés préfectoraux, seront dispensés dorénavant de l'impôt sur les bicyclettes. C'est ce qui ressort d'une circulaire ministérielle dont communication a été faite au médecin-inspecteur du service d'assistance dans le Loiret.

A propos du budget de chaque Université. — La loi du 10 juillet sur l'organisation des Universités dit qu'il sera fait recette au budget de chaque université, des droits d'études, d'inscriptions, de bibliothèque, et de travaux pratiques. — Un décret du 31 juillet vient de fixer le montant de ces droits. Voici les chiffres qui concernent les étudiants en médecine : droit trimestriel d'inscription 30 fr. ; droit d'admission dans les laboratoires de recherches, trimestriellement, 50 fr. à 150 fr. suivant décision du conseil de la Faculté ; droit trimestriel de travaux pratiques, 15 fr. ; droit annuel de bibliothèque, 10 fr.

Recrutement et avancement des médecins de réserve de l'armée de mer. — D'un récent décret sur l'organisation et l'état des officiers de réserve de l'armée de mer, nous détachons les passages suivants qui se rapportent aux médecins.

Ces officiers qui sont nommés par décret, sont recrutés sur leur demande parmi les officiers démissionnaires, et les officiers retraités antérieurement à la loi du 5 août 1879 ou retraités postérieurement à cette loi depuis plus de cinq ans, et d'office parmi les officiers retraités depuis moins de cinq.

Les officiers du cadre de réserve, rappelés à l'activité ou pour un service quelconque, ont droit aux honneurs, à la solde et aux prestations attribués aux officiers du cadre d'activité.

Les officiers démissionnaires ou retraités sont nommés dans la réserve au grade qu'ils possédaient dans le cadre d'activité.

L'avancement est réglé de la manière suivante :

Aucun d'eux ne peut recevoir d'avancement en temps de paix qu'à la condition d'être plus ancien que tous les officiers de son grade du cadre d'activité et d'avoir accompli, dans le service actif, les conditions exigées pour l'avancement au grade supérieur.

En temps de guerre et dans l'intervalle qui s'écoule entre les décrets déterminant les époques pendant lesquelles les dispositions sur l'avancement en temps de guerre peuvent être appliquées, les médecins de réserve peuvent être promus aux grades supérieurs dans la réserve de l'armée de mer, sur la proposition des commandants en chef, pour actions d'éclat.

L'affaire d'Arpajon. — Nous avons publié au n° 13 de cette année, un arrêt de la cour de cassation relatif au secret professionnel des employés de mairie, au sujet des déclarations médicales. — La cour, après avoir exposé sa doctrine, avait cassé le jugement et renvoyé les parties devant la cour d'appel de Rouen. Celle-ci s'est rangée à la jurisprudence de la cour de cassation, et a condamné le Secrétaire de la Mairie d'Arpajon pour la divulgation qui lui était reprochée.

L'hôpital français de Saint-Pétersbourg. — Le Président de la République, pendant son séjour à Saint-Pétersbourg, assistera à la pose de la première pierre d'un hôpital que la colonie française de la capitale russe fait construire, et auquel on a décidé de donner le nom d'hôpital Sainte-Madeleine.

A l'issue de la cérémonie, M. Faure recevra, en souvenir, la pelle, la truelle, le marteau et la plume dont il viendra de se servir et qui seront en or émaillé. Le personnel de l'ambassade française, ayant en tête le comte de Montebello, assistera à cette cérémonie, ainsi que Mme de Montebello, qui a pris la principale initiative du projet de construction du nouvel hôpital et a puissamment contribué à la réalisation de cette œuvre de charité.

Le livre d'or du Jubilé Roussel. — M. Monod a présenté le 3 août à l'Académie de médecine, le Livre d'or du Jubilé de Théophile Roussel, publié par les soins du Dr Lédé, qui était venu l'an dernier à notre assemblée générale, demander à ses co-sociétaires du « Concours médical, » de s'associer, par une contribution pécuniaire, à cette pieuse manifestation.

Funérailles du Dr Derwindt. — La Fédération médicale belge vient de perdre son président, M. le Dr Derwindt, l'un des médecins dont la mémoire restera le plus chère à nos confrères de ce pays. Il fut de toutes les luttes pour le relèvement professionnel, quand il ne joua pas le rôle d'inspirateur. La caisse des Pensions et la Fédération font, à sa mort, une grande perte, et le corps médical belge en ressent une douleur à laquelle nous nous faisons un devoir de nous associer.

Le lait consommé à Paris. — M. le Dr Budin, rapporteur de la grande commission qui fut dernièrement chargée d'étudier la valeur du lait consommé dans Paris, termine son travail par les lignes suivantes :

Bien que du bon lait soit produit à Paris ou s'y trouve apporté, une grande partie de la population n'en boit que du mauvais, et cela aux dépens de la santé publique.

Le lait doit être fourni par des vaches saines, provenir de la traite complète et n'être ni écrémé, ni mouillé.

Il doit toujours contenir, outre le beurre, 90 grammes de matières fixes ; il a de grandes chances alors de n'avoir point été mouillé.

De plus, les laits ont été divisés en trois catégories, d'après la quantité de beurre qu'ils renferment :

Le lait *très bon* donne à l'analyse plus de 40 grammes de beurre ; le lait *bon*, de 35 à 40 grammes ; le lait *médiocre*, de 30 à 35 grammes.

Tout liquide qui contient moins de 30 grammes de beurre ne doit pas être considéré comme du lait au point de vue hygiénique, il ne doit plus être vendu sous ce nom.

Le lait s'altère facilement, car des germes y pullulent avec une grande rapidité ; il faut donc s'efforcer à le rendre stérile.

L'ébullition et le chauffage pendant trois-quarts d'heure au bain-marie, dans l'eau bouillante, suffisent pour le lait qui doit être consommé dans la journée ou dans les vingt-quatre heures.

Le chauffage pendant un certain temps à 110 degrés ou le chauffage discontinu au-dessous de cette température détruisent les microbes et rendent le lait inoffensif.

Si le lait doit être pris cru, il faut qu'il soit produit et recueilli dans des conditions particulières, sous peine d'être dangereux pour les consommateurs.

L'école hôpital des teigneux. — On vient d'ouvrir, près de l'hôpital Saint-Louis, l'Ecole-Hôpital Lailler, qui pourra recevoir environ 300 enfants atteints de la teigne.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Ader, de Chitenay (Loir-et-Cher), membre du *Concours médical.*

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 34 21 Août 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Association Amicale.

Situation au 31 Juillet 1897.

Espèces en Caisse		3.655 96
Espèces à la Société Générale		8.191 62
Valeurs en portefeuille en cours :		
300 fr. de rente 3 % à 104.75	10.475	
350 fr. de rente 3,5 % à 108.30	10.730	
30 oblig. Midi 3 % anciennes à 487 50	14.625	
20 oblig. Est 3 % anciennes à 489	9.780	59.771 »»
10 oblig. Est 3 % nouvelles à 491.10	4.911	
15 oblig. Banque hypothécaire à 610	9.150	
Total		71.618 57

Dans ce chiffre, ne sont pas compris divers coupons encaissés par la Société Générale et dont il ne sera passé écriture que dans le courant du mois d'août.

Un certain nombre de cotisations restaient également à encaisser et l'ont été pour la plupart dans les premiers jours d'août.

Le Trésorier,
Dr A. Gassot.

Nous rappelons aux confrères qui ont envoyé leur adhésion ou désirent le faire, que les dossiers d'admission pour le 1er octobre doivent nous parvenir avant le 1er septembre.

Laisser passer ces dates, c'est ne pouvoir plus être admis qu'au 1er Janvier 1898 avec une prime plus élevée (1 fr. ou 2 fr.). Nous serions également heureux de recevoir des confrères qui ont bénéficié de l'œuvre, un aperçu de l'importance du service rendu. Ces renseignements seraient utilisés, sous une forme impersonnelle, pour le rapport à l'Assemblée générale, et seraient très favorables à la propagande que nous ne devons jamais perdre de vue.

Le Secrétaire général,
Dr Jeanne.

PROPOS DU JOUR

Le début en clientèle.

Par ce temps où sévit trop la concurrence absurde et maladroite, où le médecin, pressé par le besoin de vivre, a fait, comme ses voisins, un pas considérable dans la voie des habitudes commerciales, sans s'apercevoir qu'il n'en récolterait que les désagréments, il nous paraît bon de rappeler les résultats acquis, en bien des points de la province, par une règle de conduite toute différente.

Personne de nous n'ignore le bon accueil généralement fait par le public au jeune diplômé, qui vient se fixer dans un petit centre, même à côté de plusieurs confrères estimés. Son arrivée est un événement qui réveille mille sentiments de curiosité, de convoitise, d'intérêt. Le propriétaire qui trouve à louer sa maison, la mère qui rêve de caser sa fille, les carrossiers, selliers, grainetiers, tapissiers et autres fournisseurs à la recherche du client, le pharmacien, dont l'officine est peu recommandée par les médecins actuels, le maire qui cherche des économies sur les services de médecine publique, le Président de la Société de secours mutuels qui a un bon petit tour à jouer au Dr X., les agents d'assurance alléchés par la possibilité d'un contrat, etc..., tout ce monde ouvre ses portes au nouveau venu, tombe malade à l'improviste, et salue bientôt en lui un sauveur.

Eh bien, si le sauveur n'est pas un naïf, il va au plus vite trouver ses confrères et leur dit :

« Je ne me fais pas d'illusion sur les motifs « pour lesquels on me porte sur le pavois : vous « non plus, bien entendu. Mais, si vous voulez me « promettre de me suivre, je vais profiter de « l'aubaine, pour relever les honoraires, que vous « avouez, comme moi, être trop bas d'un tiers ou « d'un quart. De plus, comme je sens venir des « avances pour les services de la municipalité, « de la Société de secours mutuels, des Compa- « gnies d'assurances, je souhaiterais de pouvoir « y répondre par l'exposé des conditions que « nous poserions, à partir du 1er janvier prochain, « d'un commun accord, et qui seraient à pren- « dre ou à laisser. Inutile d'ajouter que les tarifs « ridicules qui s'y rapportent, exigent une aug- « mentation, que, mieux renseignés que moi, « vous apprécierez plus sagement.

« Tels sont les gages de bonne confraternité « que j'apporte au milieu de vous.

« Si, d'autre part, vous ne me témoignez pas « rancune de vous succéder dans des familles, « après m'être assuré que le malade n'était pas « en traitement, et même, *autant que possible*, que « vous avez été honoré, pour vos services passés ; « et, si vous me permettez, de soumettre à l'avis « commun tout acte déontologique qui embarras- « serait mon inexpérience, ne pensez-vous pas « que nos relations professionnelles et nos in- « térêts seront assurés de ne jamais souffrir sé- « rieusement du fait de mon arrivée en surcroît « ici ? »

Heureusement, les confrères auxquels s'adresse ce langage, n'hésitent généralement pas longtemps à signer l'arrangement. Les inévitables petites blessures d'amour-propre, dues aux caprices des clients, passent bientôt sans manifestations douloureuses, suivant ce qui se produit par l'accoutumance au venin des moustiques. Une constatation encourageante reste : c'est que le cercle de la famille a pu s'agrandir, sans que les moyens d'existence soient atteints. La région qui fournissait, d'après tarifs insuffisants, trente mille francs à trois médecins, en donne aujourd'hui quarante pour les quatre. Et, à condition de rester dans la mesure convenable, c'est pure justice, car elle s'impose ainsi, et suivant ses ressources, et en vue d'un accroissement notable de garanties pour la santé publique.

On nous objectera que parfois, des confrères, qui se croient *malins*, lâchent sans scrupules le loyal débutant, et même, excitent en dessous, contre lui, le public. Tout est possible, évidemment, jusques et y compris ces procédés indignes. Mais, hâtons-nous de le dire, ce sont des coups d'épée dans l'eau, et ceux qui les donnent ne tardent pas à le constater eux-mêmes. Le public est souvent avare envers nous, il faut en convenir, mais c'est surtout parce qu'il y a des confrères malveillants qui l'y poussent : au fond, *in petto*, il sait ce qu'il nous doit, il le payera s'il tient à nos soins, et jugera les vilenies comme elles le méritent. Ne le calomnions pas à l'excès, car on verrait bien que c'est pour excuser nos faiblesses.

Il est d'ailleurs à remarquer que, même dans le cas où il reste seul à tenir le pacte ci-dessus proposé, le débutant réussira toujours. Cela s'explique très bien par cette considération que nous avons entendue formuler et approuver bien des fois, par des médecins de tout âge et de toute région : « *Qui sait se faire payer, saura se faire considérer.* »

Aux centaines de jeunes confrères, qui caressent, à cette heure, le parchemin récemment conquis, et se demandent quel usage ils en feront, nous dédions ces lignes dictées par l'observation et l'expérience de nombreux médecins. Les partisans de la réclame, de la lutte individuelle, du *faites-vous connaître à n'importe quel prix*, leur indiquent, pour grimper au succès, des raccourcis glissants et bordés de précipices. Puissions nous leur prouver que la grande route, où l'on peut marcher en colonne serrée, est un chemin plus sûr ?

Dr H. JEANNE.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les lavements d'huile pure, contre l'occlusion intestinale fécale.

Depuis longtemps déjà, on emploie l'huile en lavements pour faciliter la défécation chez les constipés, mais on ne se souvient pas assez d'une pratique des anciens maîtres, qui consiste à injecter dans l'intestin parésié, obstrué de matières fécales, de l'huile pure en nature et en grande quantité. Un de nos aimables correspondants, M. *Feillet*, de Plougastel, près Landerneau, nous communique la relation très détaillée et très intéressante de plusieurs cas d'occlusion intestinale très graves, où cette méthode lui a permis de ressusciter des mourants, abandonnés par d'autres trop faciles à décourager.

Voici un de ces faits bien suggestifs :

« L'année dernière, à bout de moyens pour un malheureux, qui était resté onze jours sans aller à la selle, qui avait des vomissements fécaloïdes, et pour lequel tous les moyens habituels avaient échoué : purgatifs, lavements, siphon, lavements électriques, etc., je pensais déjà à demander un confrère chirurgien, pour tenter une laparotomie, quand l'idée me vint d'essayer les lavements d'huile pure. Voici comment je procédai : Après un lavement simple, pour m'assurer qu'il ne restait rien dans le gros intestin, j'introduisis avec une longue canule flexible, exactement *un litre d'huile* et je recommandai au malade de se *tenir assis* et de bien *serrer les fesses*. Au bout de deux heures, ne pouvant plus y tenir, il rendait environ 1/2 litre d'huile très émulsionnée.

Je donnai de nouveau, très lentement, un lavement d'un litre 1/2 d'huile d'olive ; puis je lui fis absorber un julep contenant 40 grammes de sirop de codéine pour 125 de solution.

Il dormit 3 heures environ. En se réveillant il demanda le pot, et, à sa grande satisfaction, fit une selle abondante contenant des morceaux noirs et durs comme de la suie de cheminée. Le lendemain, alimentation légère, bouillon aux herbes ; — le surlendemain 30 grammes de sulfate de magnésie.

4 jours après, mon gaillard reprenait ses occupations, à la grande stupéfaction de ses voisins qui le croyaient mort et surtout d'un jeune confrère qui l'avait déclaré condamné. »

Il nous revient en mémoire des succès sem-

blables que nous avons vus dans les hôpitaux chez nos premiers maîtres et, certes, de tels faits la peine qu'on ne les oublie pas, avant d'avoir recours au couteau.

Traitement des fibromes utérins par la ligature des artères utérines.

M. le Dr *Rechner*, d'Andrésy, signale, dans sa thèse, un nouveau procédé hémostatique destiné à combattre les hémorrhagies des corps fibreux utérins, si fréquents et si redoutables par leurs complications.

Les corps fibreux utérins déterminent, en se développant, une hyperhémie permanente de la muqueuse utérine et par suite une endométrite glandulaire, interglandulaire et fongueuse.

Les vaisseaux sont tous très développés et leur paroi friable est très favorable aux nombreuses hémorrhagies.

Or, en dehors de l'ablation totale du fibrome, qui doit toujours être l'opération de choix, quand elle n'est pas contre-indiquée, parmi les procédés palliatifs, il faut donner la préférence à la castration bilatérale, qui a fait déjà ses preuves, quand celle-ci est possible.

Quand on s'assure de *visu* que ni l'hystérectomie, ni la castration ne peuvent être pratiquées avec succès, soit à cause des adhérences très solides et vasculaires, soit que l'état général de la malade ne permette pas de lui faire subir une opération longue et laborieuse, il faut pratiquer la ligature ou le pincement des artères utérines des deux côtés, à laquelle opération on peut ajouter la ligature des artères ovariennes.

La ligature des artères utérines, en diminuant des 2/3 à peu près l'apport du sang à l'utérus, arrête ou diminue de beaucoup les hémorrhagies, amène dans la majorité des cas la diminution très sensible du fibrome, plus rarement son atrophie complète et par cela, fait disparaître les phénomènes de compression.

Cette opération est préférable à tous les autres procédés palliatifs, si on en excepte la castration, puisqu'elle donne des résultats immédiats et ne demande pas, comme eux, un traitement de longue durée et trop souvent infidèle.

Ne pouvant rationnellement être pratiquée qu'après un essai infructueux d'hystérectomie ou de castration, elle peut, dans ces conditions, être faite soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale. Mais elle ne doit jamais être pratiquée par la voie vaginale primitivement, sans qu'on se soit assuré auparavant, que les opérations plus radicales sont impossibles.

Chez les femmes, qui sont près de la ménopause et qui refusent l'hystérectomie et la castration, on peut opérer la ligature des artères utérines par la voie vaginale pour les faire profiter de la meilleure et de la plus prompte opération palliative.

L'association de la ligature ou du pincement des artères utérines à la castration, favorise les effets de cette dernière.

Les crises gastriques dans le tabes.

D'après M. le Dr E. *Cache*, de Paris, le syndrome crises gastriques, dans le tabes, fait son apparition le plus souvent à la période préataxique, parfois à l'état isolé. De ce fait et du fait de ses nombreuses formes, le diagnostic est souvent difficile.

Il coexiste de préférence avec certains symptômes tabétiques tels que les arthropathies, et surtout avec d'autres crises, crises laryngées, crises vésicales, rectales, troubles cardio-pulmonaires, pertes séminales, douleurs fulgurantes ; parfois même il y a alternance, balancement entre la crise d'une part et le symptôme tabétique de l'autre.

Quel que soit le masque que revête la gastropathie tabétique, on pourra arriver à la déceler en tenant compte de ses signes spéciaux :

a. — Soudaineté du début.

b. — Vomissements et douleurs (qui par leur violence retentissent sur l'état général) survenant sous forme de crises, à intervalles assez réguliers.

c. — Cessation brusque des accidents.

d. — Retour immédiat à l'état normal.

e. — Coïncidence de quelques signes de la série tabétique.

L'hyperacidité invoquée comme pathogène des crises gastriques a fait son temps. Chaque malade a une crise suivant l'état organopathique de son estomac. L'hypopepsie est même plus souvent rencontrée que l'hyperpepsie. La pathogénie n'est pas élucidée. Peut-être pourrait-on invoquer la dégénérescence du neurone pneumogastrique, puisque, d'après une théorie récente, *Tabès = Dégénérescence du protoneurone centripète* (Brissaud, de Massary).

De l'étude du chimisme, il résulte qu'il ne faut pas employer sans discernement les alcalins à haute dose. C'est encore des injections de morphine que les malades paraissent retirer le plus de bénéfices.

Les courants électriques de haute fréquence et la tension artérielle.

M. D'Arsonval a déjà signalé que les courants de haute fréquence déterminent une grande élévation de la tension artérielle, chez l'homme et chez les animaux. M. le Dr *Moutier* a communiqué récemment à l'Académie, un travail dans lequel il relate que plusieurs expériences lui ont donné les mêmes résultats ; il a obtenu en outre une élévation beaucoup plus considérable en augmentant la tension de ces courants à l'aide du résonnateur de M. Oudin.

« En produisant des étincelles ou même des effluves à l'aide de l'excitateur de cet appareil, le long de la colonne vertébrale chez l'homme, et en opérant principalement de haut en bas, on a obtenu des élévations de 4 cm., 5cm., 6 cm. et même 8 cm. de mercure.

Cette tension normale est atteinte d'une façon beaucoup plus rapide qu'avec les autres moyens usités jusqu'à présent, y compris les transfusions hypodermiques de sérum artificiel... »

Traitement de l'ongle incarné.

Voici, d'après le *Bull. Thérapeutique*, le traitement que conseille M. *Reghi*, dans le cas d'ongle incarné non compliqué :

Le malade prendra tous les jours un bain de pied : celui-ci ayant ramolli les croûtes et débarrassé le bord externe de l'ongle, du pus qui

l'infiltre, le fond de l'ulcération et la matrice seront bourrés avec un petit morceau d'ouate imbibée d'une solution de perchlorure de fer à 50 %. Le bourrage sera répété deux fois par jour.

On fera bien de laisser le malade au lit pendant les premiers jours ; vers le dixième jour après l'institution du traitement, le fond de l'ulcération est détergé et le bord de l'ongle est nettement séparé de la peau ; la guérison complète survient dans trois semaines. Pour prévenir la récidive, il est indiqué de placer encore pendant quelques jours après guérison survenue, entre le bord de l'ongle et la peau, un morceau d'ouate imbibée de perchlorure de fer.

Quelles sont les hémorrhagies puerpérales qui sont susceptibles du traitement par l'eau chaude ?

Les injections d'eau stérilisée et aseptique chaude, à 48 degrés ont, comme l'a montré M. Pinard, une action extraordinairement puissante contre les hémorrhagies utérines et, le plus souvent, elles constituent le moyen le plus sûr pour arrêter promptement ces hémorrhagies. Dans l'état puerpéral, la plupart des hémorrhagies utérines sont justiciables, elles aussi, des injections d'eau très chaude ; ce sont les hémorrhagies dues :

1° aux déchirures du col,
2° aux déchirures du segment inférieur,
3° au défaut de contraction utérine quand le placenta a commencé à se décoller,
4° à l'inertie utérine.

Au contraire toutes les hémorrhagies produites :

1° Pendant la grossesse.
- *a*) Par la rupture de varices vulvaires,
- *b*) Par insertion vicieuse du placenta,
- *c*) Par décollement du placenta normalement inséré,
- *d*) Par môle hydatiforme ;

2° Pendant l'accouchement :
Par insertion vicieuse du placenta ;

3° Immédiatement après l'accouchement :
- *a*) Par insertion vicieuse,
- *b*) Par déchirure de la vulve,

4° Pendant la période de délivrance :
- α) Par insertion vicieuse,

ne sauraient être sérieusement combattues par l'eau chaude, dit M. Bouffe de Saint-Blaise, dans un travail de la *Revue d'Obstétrique et de Pédiatrie*. Dans tous ces cas, il faut, pour faire cesser l'hémorragie, faire disparaître la cause qui produit le décollement du placenta.

Stérilisation des bougies du filtre Chamberland.

D'après M. le Dr *Vincent*, agrégé du Val-de-Grâce, le meilleur procédé de désinfection du filtre Chamberland, consiste dans leur exposition à une chaleur sèche de 280° à 300°.

La stérilisation des bougies par la chaleur sèche à 280° — 300°, qui est le procédé expérimentalement le plus avantageux, peut être effectuée facilement, dans la pratique, à l'aide du four de boulanger ou même du fourneau de cuisine.

En effet, dans les fours de boulanger ordinaires, la température de cuisson du pain est de 225° environ, d'après Wagner. Mais ces températures, qui sont celles de la cuisson du pain, sont des températures minima : il n'y a nul inconvénient à les dépasser, les bougies n'étant pas attaquées par une forte chaleur. On obtiendra aisément une élévation suffisante de la température des fours en les chauffant après la cuisson du pain et l'enlèvement de celui-ci, à l'aide d'une quantité supplémentaire de bois.

Du reste, il n'est nullement besoin, pour cette stérilisation, d'un thermomètre indicateur : l'orifice de la tétine des bougies étant préalablement obturé à l'aide d'un tampon d'ouate, *on prolongera la stérilisation des bougies jusqu'à production d'une teinte d'un brun noirâtre de ce tampon*. Cette exposition doit être prolongée pendant 30 minutes.

HYGIÈNE PUBLIQUE

De la désinfection par l'aldéhyde formique (formol) (1).

En terminant mon dernier article sur le formol, je me proposais de rendre compte des expériences faites à Lille et de celles que l'on allait entreprendre de différents côtés, expériences exécutées depuis quelque temps déjà, mais dont les résultats ont été donnés tout récemment, car il ne s'agit pas seulement de savoir si le formol désinfecte, mais bien de connaître si la destruction des microbes est définitive et non momentanée. C'est ce qui explique le retard apporté à la terminaison de cette étude.

Les conclusions étant à peu près les mêmes, je les exposerai rapidement, pour éviter les redites.

Voici celles de Lille (2) : 1° les spores de charbon ont été stérilisées par les vapeurs aldéhyques, *en moins d'une heure d'action*, dans un local de plus de 100 mètres cubes ;

2° Un local d'une capacité de 436 m.c. a pu être stérilisé en une heure et demie (mise en pression comprise) par les vapeurs dégagées par l'autoclave formogène ;

3° Dans cette même expérience, les bacilles diphthériques et les bacilles tuberculeux mélangés aux poussières ont pu être anéantis.

Ces expériences ont été suivies par un grand nombre de notabilités médicales et ont été placées sous le contrôle du Dr Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille, qui a bien voulu se charger de l'observation des cultures et des inoculations. Son rapport à l'Administration municipale a conclu à l'adoption du procédé pour la désinfection superficielle des locaux et habitations de la ville de Lille. (Je reviendrai sur l'expression *superficielle*.)

Les expériences de Nancy n'ont pas été publiées, mais elles ont été placées sous le contrôle du Dr Macé, du Laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine de Nancy, qui a eu l'obligeance de me dire : « J'ai observé une parfaite

(1) Fin. V. *Concours Médical*, 2 et 9 janvier, 6 mars 1897. C'est par suite d'un renseignement erroné que j'ai dit, page 11, que la solution était actuellement à 50 %. Elle est encore à 40 % comme autrefois.
(2) *Nord médical*, 1er juin 1897.

stérilisation des germes pathogènes isolés en couches très minces sur la toile ou le papier. Pour les germes renfermés dans des liquides ou protégés par des enduits albumineux, les résultats ont été très imparfaits, la plupart ont manifestement résisté. »

Au moment où avait lieu à Venise la conférence sanitaire internationale, le Dr Sédan, de Marseille, fut autorisé à expérimenter l'autoclave devant le corps médical de l'hôpital de Venise, les autorités sanitaires municipales et les membres de la conférence sanitaire. Ses expériences furent contrôlées par le Dr Giuseppe Jona, chargé du rapport dont voici les points importants (1). Les locaux destinés à l'expérience étaient composés de deux chambres qui communiquaient, d'un cube total de 210 mètres. Les échantillons furent mis dans des tubes de verre ouverts aux deux bouts, placés horizontalement, un seul tube, contenant de la diphtérie, fut laissé bouché aux extrémités par deux tampons d'ouate.

L'air du local, qui contenait avant l'opération 18.760 germes par mètre cube, n'en contenait plus après que 150 ; et les râclures des parois, qui présentaient par centimètre cube de paroi 7.500 germes avant, n'en avaient plus aucune après. L'échantillon de diphtérie, tiré du tube fermé aux deux bouts avec des tampons d'ouate, donna lieu à un développement de bacilles et le charbon poussa le 4e jour ; mais, ajoute-t-il : « des cobayes inoculés avec des morceaux infectés de bacilles diphthériques et du charbon, sont toujours vivants, et n'ont présenté aucun signe de maladie, tandis que les témoins sont morts en 40 et 72 heures. Donc, tandis que les cultures ont démontré que le charbon était encore vivant, l'inoculation prouvait que sa virulence avait été détruite. Il est à noter, remarque-t-il, que le contact des vapeurs de formaldéhyde n'a duré que trois heures, tandis que, d'après les expériences de Vaillard et Lemoine, le maximum de l'action est obtenue après six heures. »

Un cobaye inoculé avec la diphthérie tirée du tube fermé aux deux extrémités, avec du coton, mourut après 40 heures.

Malheureusement, dit-il, le formochlorol est un désinfectant de surface, puisque son pouvoir de pénétration est très restreint. Il ne pourra certainement remplacer les étuves, pour des balles de marchandises, des matelas, etc.

Remarquons que tous les expérimentateurs sont d'accord sur ce point : le formochlorol avec l'autoclave est un désinfectant de surface, comme l'avait établi le Dr Bosc, de Montpellier, qui recommandait d'éventrer les matelas, étaler la laine, etc.

La fin du rapport du Dr Giuseppe Jona me paraît devoir être reproduite :

« Il faut pourtant reconnaître qu'il n'existe pas, à ce jour, de mode de désinfection aussi efficace, et il ne serait pas raisonnable d'exiger d'une méthode plus que les lois physiques et les propriétés générales des corps ne peuvent permettre. »

« Dans tous les cas, comparé aux méthodes les plus employées, c'est-à-dire, fumigations de chlore, d'acide sulfureux, pulvérisations de sublimé, elle a l'avantage de ne pas altérer les objets, ce que fait à un plus ou moins haut degré, chacun des trois procédés en question. Comme pouvoir antiseptique, le formol est, sans aucun doute, supérieur aux vapeurs de chlore et d'acide sulfureux ; comparé au sublimé (1), dont le pouvoir antiseptique est nié aujourd'hui par quelques-uns, il a, dans tous les cas, l'avantage d'être un désinfectant gazeux, donc avec un pouvoir de diffusion certainement supérieur à une méthode de pulvérisation (cette diffusion est due en grande partie à la forte pression sous laquelle les vapeurs de formaldéhyde sont dégagées). C'est à elle qu'est due la supériorité de l'autoclave sur les autres méthodes de désinfection à la formaldéhyde. »

« En résumé, tout considéré, il me semble que le procédé Trillat est un progrès dans la technique des désinfections. La partie faible de la méthode est, pour le moment, le côté économique, puisque, en dehors d'un appareil coûteux nécessaire, les différentes désinfections reviendront plusieurs fois plus cher que la désinfection au sublimé. Pour les petits locaux surtout, il y aura toujours un minimum de dépense au-dessous duquel l'appareil ne permettra pas de descendre, et qui représente une dépense assez supérieure à celle des autres méthodes. Cet inconvénient, cependant, est probablement destiné à disparaître, car, avec le développement de la méthode, le prix du formo-chlorol baissera. Dans tous les cas, pour un hôpital comme le nôtre, pour lequel des désinfections fréquentes et efficaces de très grands locaux seraient indispensables, je crois que l'autoclave formogène représenterait un progrès hygiénique d'une grande importance. »

Le Dr Bosc (2), de concert avec le Dr Perrier, de Nîmes, et de M. Edouard Bosc, a fait construire un appareil destiné à produire des vapeurs de formol à froid, à l'aide d'une pompe aspirante et foulante qui projette de l'air comprimé à 3 kilogrammes de pression d'abord, puis maintenue à 2 kg., dans un réservoir appelé *saturateur* contenant de la *formaline composée*, mélange dont il ne donne pas la composition. Cet appareil aurait l'avantage de coûter moins cher que l'autoclave et d'entrer en action plus rapidement que la mise en pression de l'autoclave. Les résultats sont-ils les mêmes ? Les inventeurs l'affirment, mais il leur manque le contrôle d'autres expérimentateurs. Cependant, le Dr Berlioz, de Grenoble, qui l'un des premiers a démontré les propriétés antiseptiques du formol (3), a voulu comparer l'appareil Bosc avec l'autoclave et conclut que l'appareil de M. Bosc est moins pratique que l'autoclave, lequel débite une grande quantité de formaldéhyde dans un temps très court et sans aucune peine.

Comme on le voit, la question du prix de revient préoccupe. Examinons à ce point de vue

(1) Extrait de la *Rivista Veneta di Scienze Mediche*, anno *XIV*, *fasc. VIII*e, 30 aprile 1897. Une traduction avec texte en regard a été faite par la Société chimique des Usines du Rhône et imprimée chez Bonnet, 8, rue du Plâtre, à Lyon.

(1) *Abeille médicale*, 19 juin 1897, p. 198.

(2) V. *Nouveau Montpellier médical*, 20 mars et 1er mai 1897.

(3) *Concours médical*, 1895, p. 151.

la désinfection faite soit par l'autoclave, soit par l'appareil Bosc, enfin par les pulvérisations de sublimé et les vapeurs de soufre. Force m'est pour cela de faire intervenir des chiffres. L'appareil Bosc et le pulvérisateur sont à peu près du même prix ; l'autoclave coûte un peu plus cher, mais cette différence a peu d'importance, comme nous l'allons voir. Dans les expériences de Venise, pour un local de 210 m. cubes, 750 grammes de formochlorol ont été employés, c'est-à-dire 4 fr. 50, le litre coûtant 6 fr. actuellement. En supposant que l'appareil Bosc fonctionne aussi bien, la dépense sera la même, minime par conséquent. Un seul homme peut suffire au maniement de l'autoclave et de sa lampe, ce travail ne nécessitant aucune force et, l'autoclave ne pesant que 12 à 15 kg., cet homme pourra le transporter, sans peine, devant les portes des pièces à désinfecter. Pour l'appareil Bosc, 15 à 20 minutes suffisent, dit-il, pour une chambre de 60 mètres cubes ; mais si plusieurs chambres sont à désinfecter, ou s'il s'agit d'une salle de 210 m. c. comme à Venise, de 336 m. c. comme à Lille, d'une salle d'hôpital, cet homme pourra-t-il pomper en donnant une pression constante de 2 kg. pendant une demi-heure, ou une heure, ou plus ? Deux hommes au moins seront nécessaires. (Je ne parle pas du personnel qui dispose le local, bouche les ouvertures, étale les objets à désinfecter, etc., qui est le même dans les deux cas).

Nous savons, de plus, qu'avec le formol rien n'est détérioré dans l'appartement et que l'on peut y coucher le soir, si la désinfection a été faite le matin.

En est-il de même avec le pulvérisateur et les vapeurs de soufre ? Si la dépense en produits chimiques est faible, il faudra, comme pour l'appareil Bosc, deux hommes au moins si l'appartement est grand. Et dans quel état sera cet appartement, papiers, peintures, baguettes dorées, quand on aura pulvérisé le sublimé *jusqu'à ruissellement* comme l'exigent MM. Laveran et Vaillard, quand de plus, on aura vaporisé du soufre et fermé pendant 24 heures ? Et les meubles ? On devra, pour les désinfecter, les frotter dans tous les angles avec grand soin s'ils ont quelque valeur sous peine de les détériorer. Quel temps faudra-t-il pour tout mettre en état et combien cela coûtera-t-il ? Enfin, pour les logements d'indigents, où mettra-t-on leurs habitants, s'ils n'ont qu'une chambre ?

Je ne comprends donc pas que le Dr G. Jona, qui trouve la désinfection par l'autoclave supérieure aux anciens procédés, soulève la question de prix coûtant, l'économie me paraissant sans conteste du côté de l'autoclave.

L'étuve à désinfection continue néanmoins à être demandée pour compléter le service de la désinfection ; les villes qui ne peuvent s'en procurer suivront les instructions données par le Dr Bosc lors des expériences de Montpellier (1).

M. Trillat cherche à appliquer le formochlorol à l'étuve Geneste-Herscher, dans laquelle on ferait le vide, et où on introduirait les vapeurs de formaldéhyde à une température de 40°. De cette façon, selon lui, on obtiendrait une grande force de pénétration des dites vapeurs ; d'un autre côté, on éviterait les dommages que les hautes températures peuvent produire sur les objets à désinfecter. La question est encore à l'étude. Ajoutons seulement que l'on a déterminé qu'avec 6 heures de contact de vapeurs de formochlorol, dans l'étuve à une température de 40 à 50°, on a obtenu une stérilisation complète de tous les germes, *subtilis* compris, dans l'intérieur d'un matelas, *sans aucune détérioration* (1).

(1) V. p. 21.

La désinfection par l'autoclave paraît faire de rapides progrès ; le Dr Nicolle, dans son rapport à la Société normande d'hygiène pratique, disait que ce procédé avait été adopté par trois municipalités et que dans dix-sept villes existaient des représentants de la Société chimique des usines du Rhône ; actuellement cinq municipalités ont adopté officiellement l'autoclave ; la Société, qui a des représentants dans trente-cinq villes, compte doubler ce nombre pour l'hiver prochain.

L'autoclave était déjà employé pour les désinfections de l'hôpital des Enfants-Assistés, et, à la suite de nouvelles expériences, faites tout récemment à l'Assistance publique de Paris, ce procédé vient d'être adopté officiellement pour les hôpitaux dépendant de ce service.

Telles sont les considérations qui montrent la question de la désinfection par le formol telle qu'elle est à l'heure actuelle.

Dr Lemaire (du Tréport).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Assistance médicale gratuite.

Réunion du Conseil d'Assistance du Département de la Haute-Garonne.

Pour la seconde fois de l'année, le Conseil d'assistance, dont font partie, à côté des Conseillers généraux délégués, quatre dévoués présidents des sociétés médicales d'arrondissements, s'est réunie à Toulouse, le 18 juin dernier.

Le Conseil a eu à examiner une doléance du maire de C.... qui se plaignait de l'exagération des prescriptions médicamenteuses faites par un de nos confrères dans sa commune. Un seul indigent avait absorbé, dans l'espace de 5 mois, environ 200 fr. de saccharine, et ce maire, soucieux des deniers de sa commune, jetait les hauts cris, et appelait sur ce fait l'attention du Conseil.

Le président M. Dispan de Floran fait, avec juste raison, observer qu'il est bien délicat d'obliger un médecin à restreindre ses prescriptions, parce qu'elles sont onéreuses, que tel n'est pas l'esprit de la loi qui, elle, ne compte pas ; mais que, cependant, dans la pratique il semble fâcheux qu'on ne puisse concilier les intérêts du malade avec la modicité des ressources dont une commune peut disposer. Puis il demande l'avis des médecins.

M. le Docteur Azéma trouve un peu exagérée la quantité de saccharine prescrite, la posologie de ce médicament encore peu connu et fort coûteux étant de 1 gr. au maximum par jour. Mais ajoute-t-il, du moment où ce médicament figure

(1) V. *Société des Sciences médicales de Lyon*, séance du 28 juillet 1897. *In Indépendance médicale*, 11 août 1897, p. 553.

dans la nomenclature, on ne saurait reprocher au confrère de l'avoir prescrit ; le médecin n'a pas à s'occuper de la valeur commerciale des remèdes, il n'envisage que la valeur thérapeutique.

M. le docteur Méric déclare qu'il considère la saccharine non pas comme un agent thérapeutique. mais comme un adjuvant alimentaire du traitement. La saccharine est prescrite aux diabétiques pour remplacer le sucre, qui leur est interdit, dans le but d'édulcorer les tisanes et boissons. Ce n'est pas, à son avis, un remède dans le sens propre du mot.

M. le docteur Dore, résumant ces deux opinions, pense que, s'il est vrai que notre confrère n'a pas outrepassé ses droits en prescrivant l'usage de la saccharine, puisque le règlement l'y autorise, il est fâcheux de s'engager dans une voie qui, pour donner des douceurs aux malades, grèverait trop le budget pharmaceutique. Il ne voit pas pourquoi, sous prétexte qu'un malade a besoin de stimulant, le médecin ne lui prescrirait pas tous les huit-jours, un litre de rhum ou de Cognac. ces deux *médicaments* figurant aussi sur la nomenclature. La saccharine étant plutôt un aliment qu'un remède, et son usage thérapeutique n'étant pas indispensable au traitement du diabète, il n'y aurait pas d'inconvénient à l'effacer de la nomenclature. C'est plus qu'un médicament de luxe, c'est du superflu.

Le Conseil, après discussion, décide que le moyen de couper court à des abus, est de réviser la nomenclature des médicaments, dont la saccharine devra être éliminée ; une circulaire sera adressée aux médecins de l'Assistance, les invitant à se montrer économes autant que l'intérêt de leurs malades pourrait le permettre.

M. le Dr Dore profite de l'occasion pour soumettre à MM. les Conseillers généraux son rapport sur le projet de modifications au Règlement de l'Assistance. La lecture de ce rapport est écoutée avec le plus grand intérêt par nos administrateurs, qui ont apprécié à leur valeur la justesse de ses observations, surtout en ce qui concerne les inscriptions d'urgence. Ils ont été unanimes à reconnaître que là était l'unique cause des difficultés pratiques de la loi et par suite de notre différend.

Ils ont promis d'appuyer ce projet auprès de leurs collègues, car ils reconnaissent le bien fondé de nos réclamations. Nous saurons, au moment venu, leur rappeler cette bonne parole qui, pour nous, est de bonne augure.

Rapport présenté par M. le Dr Dore, président, pour être adressé à Monsieur le Président du Conseil général de la Haute-Garonne.

Monsieur le Président,

Je viens de nouveau solliciter, de votre bienveillance, la permission de présenter au Conseil général de la Haute-Garonne, au nom de l'Association confraternelle des médecins, un vœu concernant la réorganisation du service de l'Assistance médicale gratuite dans le département.

Voilà bientôt trois années que la nouvelle loi a été mise en pratique dans la Haute-Garonne et elle a donné lieu à l'essai de trois ou quatre systèmes défectueux, et qui ne donnent satisfaction à personne.

Le système des circonscriptions médicales expérimenté tout d'abord en 1895, avait été d'emblée et avec juste raison, rejeté par le Conseil général, parce que, outre le favoritisme dont il sanctionnait la nomination de quelques médecins, écartant systématiquement les autres, cette désignation du titulaire au malade indigent, aliénait sa liberté de donner sa confiance au médecin de son choix ; d'autre part l'administration avait parfois pu accuser les médecins, ainsi rétribués à forfait, de négliger leur service pour lequel ils n'avaient à redouter aucune concurrence ; de leur côté ceux-ci se plaignaient des abus d'inscriptions sur les listes, et surtout des inscriptions d'urgence, mesure dont l'application étendue à peu près sur tous les non-inscrits qui tombaient malades dans le courant de l'année, et devant laquelle le médecin de circonscription était désarmé, bien que menacé de ruine, mesure dont l'application ainsi exagérée, avait soulevé d'unanimes protestations que le Conseil général voulut bien entendre, en renonçant dès le mois d'août 1896 au système des circonscriptions.

Et c'est alors que, pour l'année 1896, il vota l'expérience de deux systèmes plus rationnels et plus libéraux : le système Landais et le système Rémy.

Qu'advint-il de cet essai ?

On trouva que le système Rémy, dans lequel une somme fixe, déterminée d'avance pour s'appliquer aux frais médicaux, occasionnés par le service dans chaque canton, était divisée aux médecins au prorata des visites faites aux indigents de ce canton, sans tenir compte de la différence qu'il pouvait y avoir entre une consultation au cabinet, et une visite plus ou moins éloignée du domicile de ce médecin, de telle sorte que le salaire diminuait au fur et à mesure que le travail augmentait, puisque le taux de la visite, très élevé quand le médecin en était parcimonieux, devenait dérisoire quand il multipliait ses soins aux malades ; on trouva que le système Rémy, outre ce grave défaut de répartition d'honoraires, avait aussi celui de favoriser la négligence des médecins qui, isolés dans leur canton, et ayant la clientèle entièrement dans leurs mains, sûrs de ne rien perdre, laisaient la sourde oreille aux appels des malades et ne daignaient leur faire une visite qu'in extremis. Ces médecins-là touchaient des visites à un taux fabuleux, tandis que ceux qui peinaient le plus, n'avaient que des allocations dérisoires. Et personne n'était satisfait, le malade qui risquait de n'être pas soigné et le médecin de ne pas être convenablement rétribué.

Le système Landais qui, à l'instar du système Rémy, donnait au malade la faculté de choisir son médecin, avait l'avantage d'assurer à ce dernier une rémunération proportionnelle à son travail, puisque chaque visite lui était rétribuée par le département à peu près au même tarif qu'un client ordinaire ; chose éminemment juste, puisque dans son œuvre d'assistance il se substitue à la famille du malade. Aussi ce système Landais aurait-il réussi à obtenir les faveurs du Conseil général, et aurait-il prévalu dans l'esprit de la majorité, si quelques exceptions fâcheuses n'avaient fait entrevoir, dans son fonctionnement normal et régulier, une malheureuse fissure : la possibilité de la multiplicité inconsidérée des visites et par suite, l'abus qui en résulte des prescriptions médicamenteuses superflues. On aurait dû froidement examiner les faits, et on se serait rendu compte que ces abus étaient plutôt apparents que réels, car ils provenaient de la faculté d'inscription d'urgence que l'on avait poussée à l'excès dans certaines localités, en 1896, année d'élections municipales, et de l'exigence bien naturelle de ces faux indigents qui, n'ayant plus bourse à délier, croyaient devoir faire plaisir à l'administration, en lui prouvant qu'on profitait de ses largesses et qui pour un bobo insignifiant, mettaient en mouvement tous les médecins des environs. La note à payer était ensuite trouvée un peu forte et l'on taxait les médecins d'indélicatesse.

Je veux pourtant croire qu'à côté des abus de l'administration, il a pu se glisser quelques abus de

la part de certains médecins, mais était-ce une raison pour en faire porter la responsabilité à tout le corps médical du département ? Etait-il pour rien, lui, dans l'inscription plus ou moins exagérée sur les listes de 1896, des 37611 indigents que la statistique officielle accuse au Ministère de l'Intérieur ? Nous eussions admis qu'un Conseil de discipline eût frappé les délinquants, s'il y en avait, mais il nous a été pénible de voir le corps médical éclaboussé par des soupçons injustifiés, auxquels le rejet du système semblait donner créance, et inviter tout le monde à ajouter foi.

On revint alors, sans examiner le projet présenté par l'Association des médecins de la Haute-Garonne qui compte 219 membres, et le Syndicat qui en comptait 103, et aujourd'hui 122, on revint au système des circonscriptions, précédemment rejeté, et qui pour avoir été repris avec quelques modifications, n'en a point conservé tous les inconvénients dont je ne veux envisager que le plus flagrant, le plus inconséquent, celui qui résulte de la faculté des inscriptions d'urgence, dont l'abus s'est reproduit malgré ou plutôt à cause de l'article 13 du réglement. Cet article paraît, en effet, limiter le chiffre des inscriptions à 10 ou 12 % de la population. Grossière erreur. Grâce à l'adresse de la plupart des administrateurs des communes, ce chiffre qui effectivement ne dépassera jamais le 10 % de la population permet de l'y englober tout entière, suivant les besoins. Il suffisait pour cela de n'inscrire tout d'abord qu'un nombre très réduit, 4 ou 5 %, se réservant ainsi de la marge pour inscrire au fur et à mesure tous les malades de la commune. Les statistiques les plus chargées n'accusent jamais un chiffre de morbidité supérieur à 12 % dans une population, même en temps d'épidémie.

Il était donc facile d'éluder les conditions de l'article 13, et on n'y a pas manqué ; car les relevés des listes pour tout le département, n'accusaient dans le premier trimestre, qu'une proportion de 7 1/2 % ; je serais curieux de savoir ce qu'elle est aujourd'hui, et ce qu'elle sera au 31 décembre, même en apparence, car les additions d'urgence donnent une proportionnalité bien inférieure à ce qu'elles représentent en réalité ?

Il est donc advenu qu'actuellement, le médecin de circonscription s'est trouvé exposé à soigner les 3/4 de sa clientèle, sur la maigre rémunération que lui accordait le service de l'Assistance.

Aussi, profondément lésés par cette mesure, qui rend à peu près improductif l'exercice de leur profession, les médecins prient le Conseil général de vouloir bien, sans toutefois négliger la cause des pauvres, s'intéresser à leur malheureuse situation. Ils sont heureux de prêter leur concours à l'œuvre si humanitaire de l'Assistance, mais s'ils sont prêts à des sacrifices, tout au moins ne faut-il pas exiger qu'ils en soient les premières victimes. Ils espèrent donc avec confiance, que l'Administration voudra bien adopter un régime capable de contenter tout le monde, et de satisfaire tous les intérêts.

Basant ses réclamations sur l'expérience faite antérieurement chez nous du système Landais, qui est adopté dans 57 départements où il fonctionne bien, l'Association des médecins de la Haute-Garonne, espère que le Conseil général reviendra au système de la visite, dès l'année 1898, et qu'il voudra bien lui appliquer le règlement en vigueur dans les trois départements limitrophes : le Gers, l'Aude et le Tarn, où les honoraires médicaux sont ainsi rétribués :

Visite, 1 fr. par kilomètre, pour les 2 premiers kilomètres, avec addition d'une indemnité de transport, de 0,50 pour les kilomètres suivants, sans retour.

Les visites de nuit sont payées le double de celles de jour.

Les consultations au cabinet 0,50 centimes.

Les opérations sont tarifées par une commission *ad hoc*.

Tous les médecins sont admis à donner les soins aux malades assistés, mais ils ne sont rétribués que d'après le tarif applicable au médecin le plus rapproché.

Les communes sont classées par catégories, suivant les résidences des médecins et figurent sur un tableau qui fixe à l'avance le tarif de la visite sur leur territoire.

Lorsqu'un médecin visite plusieurs malades le même jour, dans la même commune, l'indemnité de transport ne lui est due que pour l'un deux ; pour les autres on lui comptera une visite simple à 1 fr.

Tel est le rouage essentiel de ce système landais si simple et si équitable.

D'aucuns lui reprocheront un seul inconvénient : celui de ne pas permettre l'établissement à l'avance d'un budget équilibré.

Mais avec aucun système, cet équilibre budgétaire ne pourra être réalisé, à cause de l'imprévu des fournitures pharmaceutiques et des journées d'hôpital qui peuvent varier beaucoup d'une année à l'autre et aussi suivant le plus ou moins grand nombre d'inscriptions.

Toutefois, si le Conseil général s'arrêtait à cette difficulté, bien que préférant le système Landais, le Syndicat, d'accord avec l'Association générale des médecins de la Haute-Garonne, renouvelant le vœu présenté l'an dernier, propose en seconde ligne l'adoption du système dit à l'abonnement par tête, dont voici le fonctionnement :

1° Confection intégrale des listes au premier janvier de chaque année ;

2° Choix et désignation du médecin par le chef de famille ;

3° Répartition aux médecins désignés de l'allocation qui leur revient proportionnellement au nombre des inscrits d'après le tarif suivant :

a) Communes résidence des médecins, 3 fr. par tête ;

b) Communes distantes de 1 à 5 kilomètres, 4 fr. par tête ;

c) Communes distantes de plus de 5 kilomètres, 5 fr. par tête.

Dans le prix de l'abonnement ne sont pas compris les soins particuliers, tels que visites de nuit, opérations, grands pansements, accouchements et suites.

Pour les inscriptions d'urgence, on appliquera le tarif du système à la visite, à savoir : 1 franc la visite ou consultation dans la localité résidence et 0,50 cent. en plus par kilomètre de la distance qui séparera le domicile du malade du médecin le plus rapproché.

Tel est, Monsieur le Président, le système à l'abonnement qui garantit à la fois la liberté au malade et une rémunération proportionnelle de son travail au médecin et qui présente pour le Conseil général le précieux avantage de fixer à l'avance le chiffre total de la dépense, dont la quotité peut être augmentée ou diminuée volontairement suivant la large ou parcimonieuse confection des listes d'indigents. En outre, ce système permet de réaliser de grosses économies d'impressions qui, étant données les nombreuses formalités des carnets à souche, bulletins de visites, feuilles d'ordonnance, relevés des visites et mémoires, entraînent forcément des frais aussi considérables que les ennuis qu'ils nous procurent.

Vous voudrez bien, Monsieur le Président, soumettre ce vœu à l'appréciation du Conseil général et lui demander de voter et d'organiser le fonctionnement de l'un de ces systèmes à dater de janvier 1898

Veuillez agréer, etc. Dr LUCIEN DORE.

Médecine, politique et popularité.

Mon cher Confrère,

La situation politique, dont je vous avais entretenu et au sujet de laquelle vous m'avez répondu d'une façon si exacte et si judicieuse, n'a fait que s'accentuer encore plus en mal.

Un confrère influent a fait des efforts en haut lieu, pour faire réduire la taxe médicale de l'assistance gratuite. Désormais, nous toucherons par an, 1 fr. par malade assisté, par abonnement: c'est honteux, n'est-ce pas, confrère? Et savez-vous pourquoi? Parce que nous sommes quelques-uns, qui trouvons que les glycérophosphates et autres médicaments chers, quoique non spéciaux, sont aussi bons pour les pauvres que pour les riches! Ah! quelle belle *profession*, mais quel vilain *mètier* que celui de médecin!!

C'est un lieu commun, n'est-ce pas, que de dire de la médecine actuelle qu'elle est la porte d'entrée au pouvoir d'un tas de gens! Quel dommage que certains, dont l'intelligence est haute, n'aient pas, au même degré d'élévation, le sentiment du rôle social, moralisateur, philanthropique, que nous offre notre intimité avec l'humanité, pauvres ou riches!

Combien vrai aussi l'article de M. Jeanne sur les sociétés de secours mutuels? On vint un jour me proposer d'être le médecin d'une société de *cantonniers*, et comme, devant les actes de mes confrères, j'avais répondu évasivement, au lieu de refuser carrément, le confrère, dont je vous parlais tout à l'heure, m'a fait un long discours pour me convertir à ses idées. Le comble c'est que je n'ai jamais pu le décider à signer avec moi et mes trois autres confrères, un avis au terme duquel nous demandions de porter de 0 fr. 75 à 1 fr. 50 les visites et consultations aux sociétaires. Ici, il y a 5.000 habitants agglomérés, et il y a *4* sociétés de secours, chacune comportant 200 membres environ; et les statuts prévoient une remise de 25 %, quand le nombre de visites dépasse 10!! O solidarité médicale, ô confraternité, quand donc te verrons-nous être autre chose qu'un mot?

Veuillez agréer, etc.

Dr Z.

CORRESPONDANCE

Monsieur le Directeur,

Les voies ferrées ont mis le tour du monde à la portée de tous. Seul le pauvre médecin de village, retenu par mille et, une obligations professionnelles et tyranniques et, par la peur d'être supplanté, n'ose pas se livrer à ses désirs obsédants de déplacement.

J'ai fait un rêve.

Je vous le livre.... Puissiez-vous m'aider à sa réalisation!

Ma petite position, vraie sinécure, m'astreint à des actes de présence peu conciliables avec mes velléités de voyage; je ne suis pas le seul dans ces conditions. Mais l'esprit d'initiative nous manque.

Les remplaçants sont difficiles à trouver, ou à choisir, et onéreux; et alors, on s'immobilise, on se rouille.

Un remplacement mutuel serait peut-être possible dans certains cas.

L'insertion suivante vous paraît-elle admissible dans le *Concours*?

« Un confrère marié échangerait, à titre de repos et comme vacances, pendant un mois, septembre ou octobre, sa clientèle facile, « Est », et sa maison agréable (pays charmant, chasse et pêche), avec la maison et la clientèle d'un confrère du littoral (Méditerranée, Océan ou Manche). S'adresser bureau du *Concours* ».

Je m'inscris le premier, pour en jouir le premier.

L'idée, certes, n'est pas irréalisable, et peut trouver des amateurs.

La discrétion en pareille matière est évidemment nécessaire, mais facile, par un numéro d'ordre et l'intermédiaire du journal.

Veuillez agréer, etc.

L'idée de notre correspondant, quoique d'application restreinte, nous semble réalisable; nous mettrons, bien volontiers, les parties en rapport et nous ferons connaître les résultats de cette très intelligente expérience.

Qu'adviendra-t-il des produits respectifs des deux clientèles. On devra s'entendre au préalable sur ce point.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de l'Ariège.

Le Syndicat médical de l'Ariège a été définitivement constitué le 29 novembre 1896. Le bureau a été nommé, les Statuts discutés et approuvés. Il compte actuellement 38 membres. La seconde réunion a eu lieu, le 11 avril, dans une des salles de la Mairie de Foix.

Présents: MM. Dresch, *président*, Verniolle, *vice-président*, Pujol, *trésorier*, Dunac, *secrétaire*, de Campoussy, Cazes, Dedieu, Fugairon, Laffont, de Lafont, Rumeau, Sicre, Silvestre (de Saverdun), Soula, (du Fossat).

Excusés: Pujol (Mas-d'Azil), Bayle, Laguerre, Pont, Soula (de Mazères).

Assistance médicale gratuite.

La discussion est ouverte sur le service de l'Assistance médicale gratuite qui, dans l'Ariège, comme dans beaucoup d'autres départements a, dès le début, donné lieu aux abus les plus excessifs. Dans certaines communes, toute la population a été inscrite. Il est même arrivé qu'un maire a été révoqué, comme porté sur la liste d'indigents!! La loi n'admet dans les municipalités, ni les mineurs, ni les aliénés, ni les indigents. Ce maire, bien entendu, s'empressa d'accourir pour démontrer que bien loin d'être indigent, il était un des plus heureux de la commune. La décision fut maintenue, avec juste raison. Il y a, pour un maire, quelque chose de plus grave que d'être indigent, c'est d'usurper une qualité, pour tirer profit de cette qualité.

Dans la plupart des communes, les listes atteignent le cinquième, le quart, le tiers de la population; dans certaines, un membre de chaque maison figure, et, quand un autre tombe malade, on le fait bénéficier de l'Assistance, en opérant le transfert de la feuille d'inscription. Certaines communes font mieux; elles ne donnent jamais de listes. Au fur et à mesure des maladies, chacun se trouve nanti d'une feuille et, ce qui prouve l'abus, cette feuille est datée du four même où la visite du médecin est nécessaire. On voit que l'exagération dans l'application de la loi, revêt toutes les formes.

Pour un travail qui se trouve ainsi rendu illimité, la rétribution est fixée à dix centimes par unité de population ! Nous prenons au hasard. Une commune de 1165 habitants, qui donne par conséquent 116 fr. 50, a 380 inscrits et elle se trouve à 8 kilomètres du médecin le plus rapproché. Cette rétribution, de dix centimes par habitant, est la plus minime de toutes celles accordées sur le territoire de la République Française.

Si l'Association n'a guère l'espoir de voir augmenter l'allocation accordée aux médecins, du moins a-t-elle le devoir de chercher à réduire et limiter le travail. C'est juste pour le médecin chargé du service et aussi pour celui qui ne l'est pas, puisque des listes surchargées diminuent forcément le champ, où l'activité de chacun a le droit de s'exercer.

L'Assemblée décide que, par les soins du Bureau, un mémoire sera adressé à M. le Préfet de l'Ariège, dans lequel on appellera l'attention de l'administration départementale sur les écarts, les abus manifestes, constatés de toutes parts, dans l'application de la loi sur l'assistance médicale gratuite.

L'Administration préfectorale devra bien spécifier *que le bénéfice* de la loi ne doit être étendu qu'aux indigents et aux nécessiteux, temporaires ou permanents. Vouloir l'étendre au-delà de cette catégorie de citoyens, c'est, sans parler de la dilapidation des deniers publics, risquer de compromettre la bonne exécution de ce service public, en demandant beaucoup trop aux médecins qui en sont chargés, et frustrer tous les confrères de la rémunération légitime qui devrait être payée par tous ceux indûment inscrits. En outre, en voyant tant de gens inscrits à tort, les voisins réclament, en toute justice, d'être inscrits ou refusent de s'exécuter vis-à-vis de leur médecin, lors du règlement d'honoraires. Certains voudraient même donner à la loi un effet rétroactif.

Les Maires qui font quelques efforts pour appliquer la loi avec tempéraments, ne remarquent pas assez que certains administrés ont une feuille de contribution peu chargée, c'est vrai, mais que leur situation réelle ne comporte pas, d'une façon systématique, comme cela a lieu, leur inscription. Tels sont les fermiers, métayers, maîtres-valets, domestiques, salariés de la commune, retraités. Le Syndicat estime que, sauf exception, ces catégories de citoyens ne doivent pas figurer sur les listes.

A une rétribution limitée et d'ailleurs minime, doivent correspondre des listes que le Syndicat pense devoir être limitées au 10 % de la population. Cela donnerait un franc par assisté, ce qui devrait être considéré comme l'extrême minimum.

Les listes dressées à la session de novembre devront être envoyées aux médecins avant le 1er janvier et les médecins seront convoqués, comme cela est écrit dans la loi. Les admissions supplémentaires ou d'urgence devront faire l'objet d'un règlement spécial, suivant les tarifs adoptés qui pourront être réduits de 25 % au maximum.

Comme cela a été fait dans la plupart des départements, il y aura à tenir compte des distances. Dans les circonscriptions montagneuses les déplacements sont bien autrement onéreux et pénibles que dans la plaine. Il faut également observer que, dans les montagnes les médecins sont plus clairsemés et par suite les distances à parcourir beaucoup plus considérables. Dans la même commune, il faut quelquefois plusieurs heures de marche pour desservir certains hameaux.

Les Syndicats médicaux auront à se préoccuper de ce qu'on pourrait appeler l'unification des tarifs. Il paraîtra un peu étrange que, là où la vie du médecin est plus pénible, il soit moins bien traité que dans les départements privilégiés par la fortune et aussi par la configuration du sol, sans compter que la clientèle payante aggrave encore l'inégalité des conditions. Un jour prochain viendra où la collectivité sera obligée d'entretenir un médecin, même pour faire très peu de travail, dans un pays éloigné de tous secours médicaux et où un médecin ne pourrait se résigner à s'établir, sûr à l'avance de ne pas y gagner sa vie. Actuellement, plus de cent cantons, en France, sont totalement dépourvus de secours médicaux. L'état fera bien de remédier à une situation, dont les populations ne peuvent être coupables. Il faudra bien pourvoir à l'assistance médicale de ces cantons déshérités.

La loi d'assistance devra être complétée sur ce qu'a de choquant et d'injuste, une application qui a donné lieu aux interprétations les plus diverses et aussi aux revendications les plus légitimes.

L'allocation accordée aux médecins pour le service d'assistance est réglée par annuité. Plusieurs médecins réclament le paiement à la fin de chaque semestre.

Rattachement à la fédération médicale du Sud-Ouest.

Le Président demande aux membres du Syndicat s'ils veulent se rattacher à l'Union des Syndicats siégeant à Paris, ou simplement à l'Association syndicale de la Haute-Garonne, pour commencer à former la Fédération médicale du Sud-Ouest.

A l'unanimité des membres présents, sans parler des adhésions spéciales adressées par lettres au Président, l'union avec le Syndicat de la Haute-Garonne est votée et des félicitations sont adressées aux membres de ce Syndicat, pour l'activité et le dévouement qu'ils ne cessent de montrer pour la défense des intérêts professionnels et moraux du Corps médical.

Il est entendu qu'une somme d'un franc par Syndiqué Ariégeois sera versée à la Caisse du Syndicat de la Haute-Garonne ; qu'en retour, en plus d'autres bons offices, le journal *La Fédération Médicale* sera servi à tous les médecins de l'Ariège syndiqués et que ce journal acceptera nos communications et le compte rendu de nos séances.

Présence aux réunions.

Plusieurs membres rappellent à M. le Trésorier que nos Statuts infligent une amende aux confrères qui n'ont pas assisté à la séance et qui n'auront pas adressé un motif d'excuse légitime. Pour aboutir à un résultat sérieux il faut que, sauf empêchement absolu, tous les confrères assistent aux séances. Il ne saurait paraître bien excessif de se déranger deux fois par an, pour défendre nos intérêts les plus sacrés, compromis de plus en plus par une apathie vraiment incompréhensible.

VARIÉTÉS

Médecine et médecins fin de siècle.

La médecine d'aujourd'hui est le carrefour de toutes les sciences. Par l'hygiène elle touche à la politique. Par les dernières recherches physiologiques, elle confine à la philosophie ; par la pitié qu'elle suppose pour toutes les misères humaines, elle devient une religion. C'est ce qui explique l'engouement toujours croissant pour cette profession qui, autrefois, était considérée comme libérale et lucrative et qui tend de plus en plus à perdre son indépendance, son prestige et devient presqu'un métier !

On classait les médecins autrefois en trois catégories :

1° Le médecin amateur, exerçant par amour de l'art, par amour de l'humanité et de la charité ; c'est là une espèce rare aujourd'hui, à moins qu'il n'y ait une ambition secrète et inavouée, pour arriver à une situation officielle.

2° Le médecin ambitionnant l'honneur et l'argent et se sentant les forces nécessaires pour arriver sur les hauteurs et défier toute concurrence. C'est là un rôle difficile à remplir et où il y a beaucoup d'appelés, mais peu d'élus.

3° Enfin, la troisième catégorie se composant de la grande majorité des médecins qui se contentent d'une moyenne abordable et veulent lutter dans le combat pour la vie, en cherchant à se rendre utiles, à acquérir sinon la fortune, du moins une aisance relative et arriver à une vieillesse honorable en élevant leur famille.

A tous ceux-là, qui sont les soldats de la phalange médicale, aux modestes praticiens de campagne et de petite ville, qui nuit et jour sont sur la brèche et font acte de charité et de dévouement, j'adresse sous forme de commandements les réflexions suivantes qu'ils trouveront véridiques dans la grande majorité des situations :

Le pauvre comme le riche soigneras pareillement.
Du client, « ami » tu seras, mais valet nullement.
La nuit comme le jour courras également.
Honoraires percevras sur le riche, doublement.
Tes comptes feras rentrer au moins une fois l'an.

Pour la reconnaissance n'attends pas trop long-[temps.
Car c'est un fruit qui se gâte en vieillissant.

Avec les confrères, comportes-toi toujours digne-[ment.

L'envie, la médisance sont de mauvais sentiments,
Qui sont ignorés de tout homme bien pensant.

Avec tout le monde sois toujours bienveillant,
Aimable, gai, bon vivant, surtout bien portant.
Si tu n'es pas victime d'un microbe ou d'un accident,
Tu arriveras ainsi à l'âge de soixante ans.

Aussi riche, aussi pauvre, gros Jean, comme devant.
Seras conduit ensuite au cimetière assurément
Avec le cortège d'anciens clients reconnaissants,
Qui suivront ton convoi bien dévotement.

C'est ainsi que tu gagneras le paradis sûrement
Quand même tu n'auras pas été toujours bien fervent.

Cet aperçu sommaire de l'exercice de la médecine dans les campagnes, pendant une grande partie du XIVe siècle, est parfaitement exact au point de vue pécuniaire, et si l'on signale des exceptions, elles sont dues à des circonstances particulières et indépendantes de la profession.

Aujourd'hui, que la vie est plus difficile, que les besoins sont plus nombreux et que la quantité des médecins augmente dans des proportions incalculables, la lutte pour la vie va devenir terrible et le XXe siècle verra sans doute les médecins abdiquant leur indépendance, transformés, peu ou prou, en fonctionnaires salariés, pour traiter à forfait ou à la visite les indigents, les sociétés de secours mutuels, les assurés, contre les accidents ou les maladies.

Les seuls clients habituels du médecin de campagne ne seront plus que des parents, des amis et quelques rares malades qui seront atteints inopinément, pendant leur séjour en villégiature.

Cette perspective n'est guère rassurante pour les jeunes docteurs qui comptent sur leur profession pour vivre et qui, en dehors de leurs collègues, auront à redouter la concurrence sérieuse de leurs aides nécessaires, les pharmaciens, appelés bien souvent à faire le premier pansement ou à donner le premier remède utile.

Dr Beraud, de Charlieu.

REPORTAGE MÉDICAL

Le secret professionnel. — Le Congrès de médecine légale de Bruxelles, dont M. Brouardel a été nommé président d'honneur, a entendu dernièrement un rapport sur le secret professionnel, présenté par MM. Moreau et Smets-Mondez, avocats à la cour d'appel de Bruxelles, et qui s'appuyait sur une consultation des plus anciens de nos confrères de Belgique. Voici les conclusions de ce rapport :

« Le secret médical n'est pas absolu. Le médecin est tenu de garder le silence toutes les fois que sa révélation peut causer directement ou indirectement quelque tort au client. Dans les autres cas, il peut parler. »

La sérothérapie de la peste. — La mission scientifique russe envoyée à Bombay pour l'étude de la peste a fait présenter par M. Roux, à l'Académie de médecine, le résultat de ses observations. Des expériences faites sur des singes, il résulte que le sérum a un pouvoir immunisant réel, mais un peu passager : de ce qu'il fut noté pour l'homme, il appert que l'action curatrice a fait diminuer de moitié la mortalité par la peste. Pour les deux savants russes, la sérothérapie de la peste est fondée : elle donnera de très bons résultats, quand on disposera d'un sérum plus actif.

Exercice illégal de la médecine. — 1° Dans son audience du 14 juin, le tribunal correctionnel du Havre a condamné à 50 fr. d'amende avec application de la loi de sursis, Mmes Gallier et Vosset, de Sanvic, qui, officiellement garde-malades, se faisaient très souvent matrones.

Il a été reconnu que leur intervention avait été fréquemment désintéressée, et qu'on n'avait pas de grosse imprudence à leur reprocher (MM. Balière, maire, et le Dr Gérard Laurent, l'ayant affirmé) : d'où la clémence du tribunal, qui a cependant tenu avec raison à prononcer une condamnation de principe.

2° A l'audience correctionnelle du 3 août 1897, le tribunal de Saint-Pons (Hérault) a infligé au frère Jubinus, directeur de l'école chrétienne de Saint-Chinian, une amende de 25 francs (avec loi Bérenger) pour exercice illégal de la médecine.

Le médecin en soutane prescrivait des remèdes souvent anodins, mais parfois très actifs même, et qui n'allaient pas sans quelque danger pour les malades qui en faisaient usage. Il ordon-

nait quelquefois l'électricité bleue, verte, jaune, de toutes les couleurs, quoi ! L'électricité en bouteille ! Voilà un remède qui a dû donner des résultats mirobolants.

Le corps de santé colonial. — La *Gazette hebdomadaire de Bordeaux* publie les lignes suivantes, qui semblent prouver que les médecins de la marine et des colonies viennent d'être placés, pendant six ans, sous le régime exclusif du bon plaisir et de la fantaisie.

« On se souvient que certains conflits se sont « élevés dans les colonies au sujet de la préséance « entre les officiers du corps de santé de la marine « et du corps de santé des colonies ; le corps de « santé colonial avait non seulement émis la pré- « tention de diriger complètement le service sani- « taire dans les colonies où un de ses officiers « était supérieur en grade aux médecins de la « marine, mais encore réclamait des postes de « médecins de troupes hors de la métropole.

« Ces prétentions ne furent pas du goût du corps « de santé de la marine. Le scindement du corps « de santé de la marine et la formation du corps de « santé colonial, qui avaient eu lieu en 1890 avaient « considérablement ralenti l'avancement dans l'an- « cien corps et étrangement favorisé l'avancement « dans le nouveau : tel officier du corps colonial « qui aurait eu la direction dans les colonies, n'au- « rait dû cette direction qu'à un changement de « corps. En outre, les empiètement du corps colo- « nial, s'ils eussent été acceptés, pouvaient avoir « comme résultats des réductions de cadres dans « le corps de santé de la marine.

« C'est en vue de sa défense que ce dernier corps « souleva une question dont la solution vient d'être « donnée par le Conseil d'Etat. Le décret de 1890, « qui scindait les deux corps, avait-il pu créer un « corps militaire ? L'assimilation était-elle complète « entre les deux corps ? Le nouveau avait-il droit « à toutes les prérogatives attachées à l'état d'offi- « cier, soit le port de l'uniforme, l'avancement dans « la hiérarchie militaire, etc. ?

« Le Conseil d'Etat, consulté par le ministre de « la marine, a répondu par la négative à ces diffé- « rentes questions. *Les officiers du corps de santé des « colonies sont bien des officiers, mais ils n'ont d'autres « grades que celui qui leur a été conféré par la marine. « Ceux qui sont passés d'un corps dans l'autre ont le gra- « de qu'ils avaient avant ce passage, quel qu'ait été leur « avancement depuis ; ceux qui sont entrés dans le corps « colonial après sa formation, n'ont que le grade qui leur « a été conféré à la sortie de l'Ecole de Bordeaux. En « outre, ils ne peuvent porter l'uniforme, ils ne peuvent « pas non plus être chargés du service médical dans « les corps de troupe.*

« Cet arrêt du Conseil d'Etat plonge les officiers « du corps colonial dans la stupeur, car ils avaient « cru de bonne foi acquérir tous leurs grades. De « plus, il rend impossible toute fusion entre les « deux corps. »

(*Petite Gironde.*)

Nous nous demandons comment on va sortir de cette situation, si on tient à respecter les droits acquis ; et il nous ferait encore plaisir de croire que le gâchis n'est pas aussi complet que cela. Mais hélas !

En tout cas, le ministre des colonies a décidé de faire appel, devant l'assemblée générale du Conseil d'Etat, de l'avis récemment émis par les sections des finances et de la justice, au sujet de la situation des médecins coloniaux.

Exercice illégal de la Pharmacie. — Le 21 juillet est venu devant le Tribunal de Blois une affaire de concurrence médicale assez curieuse.

Engagé vivement par la municipalité, le docteur A... s'était installé à Chitenay, il y deux ans. Au bout de peu de temps, le docteur A... constata une certaine méfiance à son égard ayant pour origine des propos malveillants tenus par les Sœurs de l'endroit, qui exerçaient illégalement la Pharmacie.

Le docteur A.., en présence de ces faits, signala alors au Parquet les dites Sœurs, qui cessèrent momentanément de tenir leur officine, mais il s'attira en même temps de nombreuses inimitiés ; c'est alors que le docteur B.., exerçant dans une commune voisine, sollicité par les Sœurs, loua une chambre à Chitenay, y installa un cabinet de consultation et une officine, vint régulièrement y recevoir les malades et délivrer des médicaments, lesquels, en son absence, étaient remis aux malades, soit par la propriétaire, soit par les Sœurs. Le docteur A... a porté plainte contre son confrère, arguant que le docteur B.., établi à Cour-Cheverny, où il y a un pharmacien, ne peut fournir de médicaments ni tenir officine ouverte à Chitenay, où il n'est pas domicilié.

Le Tribunal a rendu un jugement condamnant le docteur B... à 500 fr. d'amende avec application de la loi Bérenger.

— *L'assistance par hospitalisation.* — M. Henri Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, a, le 20 avril 1897, adressé aux préfets une circulaire concernant l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables. L'application de la loi du 1er janvier 1897, que cette circulaire vise, aura probablement pour effet de diminuer le nombre des placements, dans les asiles, des vieillards, infirmes et impotents, qui seront désormais secourus à domicile.

Le Conseil général de la Seine vient de décider l'envoi d'une mission chargée de visiter les asiles étrangers et d'étudier leur organisation administrative et médicale. Cinq membres de cette assemblée, MM. Emile Dubois, Président, Navarre, Brousse, Astier et Strauss, composeront cette délégation, à laquelle seront joints un fonctionnaire de l'administration et un aliéniste, le Dr Toulouse.

Le privilège des pharmaciens pour les frais de la « dernière maladie » (Revue médicale). — La Cour de cassation, dans son audience du 3 août, a rejeté, sur le rapport de M. le conseiller Reynaud et conformément aux conclusions de M. l'avocat général Desjardins, le pourvoi formé contre un jugement du tribunal de commerce de Tours, rendu le 15 novembre 1895, entre MM. Lhopitallier et Couraire.

Il résulte de cet arrêt que : « De ce que la fourniture des médicaments dont un pharmacien réclame le paiement *par privilège* a subi une assez longue interruption (de six mois, dans l'espèce), le juge du fait est autorisé à déduire que *la dernière maladie* (pouvant donner lieu à l'exercice du privilège de l'article 2101 du Code civil) est seulement celle pour laquelle des médicaments ont été livrés postérieurement à la reprise des fournitures ainsi interrompues.

« Si la loi du 30 novembre 1892, article 12, modifiant l'ancien article 2101 du Code civil, déclare privilégiés les frais quelconques de la dernière maladie, qu'elle qu'en ait été la terminaison, elle n'a considéré que la maladie du débiteur, sans s'occuper de celle des membres de sa famille.

« D'autre part, les privilèges étant de droit étroit et ne pouvant être étendus par analogie, c'est au pharmacien, qui réclame le bénéfice de l'article 2101, à justifier que sa créance rentre bien dans les prévisions de ce texte.

« Il ne saurait donc utilement critiquer, en droit, la décision qui, pour refuser d'admettre sa créance comme privilégiée, se fonde sur ce qu'il n'a pas justifié que la dernière maladie, pour laquelle il a fourni des médicaments commandés par son débiteur, fût celle de ce débiteur lui-même plutôt que celle de l'un des membres de sa famille. »

Le Directeur-Gérant : **A. CEZILLY.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 35 28 Août 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Société Civile du Concours Médical.

Séance du 12 août 1897.

Présents : MM. Cézilly, Gassot et Maurat.
Excusé : M. le Dr Gibert.
M. le Dr Jeanne est prié d'assister à la séance.
Dépouillement de la correspondance.

Après avoir entendu la lecture du travail du Dr Jeanne au sujet du tarif d'honoraires médicaux, qu'il serait désirable de voir établir en France, le Conseil décide de publier ce travail au corps du journal, ainsi que le travail de M. le Dr Cézilly sur le même sujet.

Au sujet de faits qui se sont produits dans le service des remplacements, le Conseil décide qu'à la prochaine réunion il précisera certains termes des engagements réciproques que doivent prendre les deux intéressés. Le remplaçant et le remplacé ne peuvent rompre les termes de leur contrat, sans motif grave et, s'il y a lieu, par des indemnités à fixer.

Le Conseil décide ensuite les mesures nécessaires pour les affaires en cours.

La Dichotomie.

Un article à insérer dans les tarifs d'honoraires.

Le 19 septembre 1896, nous disions à nos lecteurs: On reproche, à la presse médicale, d'avoir jeté un voile sur les écarts de quelques médecins. *La dichotomie est un accord illicite, qui consiste dans le partage du prix des consultations, ou des opérations, en une proportion plus ou moins élevée, entre le médecin traitant et le médecin consultant.*

Nous ajoutions : un principe domine ici : *Le médecin traitant ne doit jamais recevoir une somme quelconque, à l'insu de son client.* De plus, un autre principe doit marcher de pair avec le précédent : *Les médecins ou les chirurgiens, appelés par la famille, ou par le médecin ordinaire, ont le devoir de veiller à la rémunération de celui ci dans une mesure aussi large que leurs propres exigences.* Au moment du règlement des honoraires, le consultant, l'opérateur, doit dire à la famille : je vous réclame telle somme, dont telle partie est affectée à ce qui est dû à votre médecin ordinaire, pour l'assistance qu'il m'a prêtée et pour la responsabilité qu'il partage avec moi ; je vais lui remettre la somme en ce moment, en la prélevant sur celle qui a été fixée pour la consultation ou pour l'opération, sans préjudice de ce que vous lui devez, pour soins antérieurs, ou consécutifs. De cette façon, la famille pourra toujours se défendre. »

Tel est le résumé des considérations de notre article de 1896 : ils n'ont pas manqué de provoquer (ce qui était notre but) de nombreuses lettres, dans la correspondance journalière et très active, qui est le lien le plus puissant du Concours avec ses adhérents. Nous allons en donner des extraits.

A. « Je n'ai pas besoin que le consultant s'occupe de mes honoraires ; je saurai bien me faire payer comme il convient ; je me contenterai, comme je l'ai toujours fait, de discuter, avec le consultant, le prix de la consultation et de défendre les intérêts de la famille. »

B. « Oui, vos principes sont justes ; il faut que le consultant s'occupe de la rémunération spéciale qui m'appartient, pour le soin, pour le travail et pour le dérangement que m'occasionne la consultation ; que de fois m'est-il arrivé de me voir refuser, par mon client, la somme spéciale portée sur ma note, pour l'assistance à l'opération. Le malade croyait, ou faisait semblant de croire, qu'il ne me devait, de ce chef, que le prix de la simple visite. Quand j'ai maintenu mes justes prétentions, la famille a passé à un autre, etc. »

Un autre, aux environs de Paris :

C. « La situation est triste ; je ne veux pas suivre l'exemple que me donnent mes confrères ; ils ont cédé à la contagion ; je résiste ; ils ont besoin de voir beaucoup de malades, pour trouver les occasions de consultations et d'opérations à proposer. Le partage des honoraires, en proportions que je

ne connais pas, constitue une grosse part de leurs recettes ; ils font alors des visites au rabais ; je suis en infériorité absolue avec eux ; que faire ! »

D. « Ici, nous ne savions ce que c'était que la dichotomie ; nous nous sommes, de plus en plus, trouvés en présence de consultants dont les exigences ont été ruineuses pour nos clients ; nous avons dû nous décider à nous passer d'eux, dans le plus grand nombre des cas ; nous nous adressons maintenant à ceux de nos confrères rapprochés, désignés par leur notoriété, par leur âge, et nous nous en félicitons. Ceux que nous appelons nos pairs, ont, pour nous tous, les égards que nous sommes en droit d'attendre ; ce n'est pas eux qui nous traiteraient avec morgue et viendraient pontifier à notre détriment. »

E. « Chez nous, nous sommes tous d'accord ; nous sommes tous membres du Syndicat ; pas un ne s'est isolé, dans l'arrondissement ; nous ignorons la dichotomie ; mais nous veillons à ce que la consultation nous soit payée à part... »

F. « Dans le centre : nous ignorions ces pratiques, lorsque s'est établi, dans notre région, un opérateur et grâce au partage, dans une proportion considérable, des honoraires des consultations et opérations, bientôt tout est passé par ses mains ; toutes les notoriétés ont été réduites à la portion congrue... »

G. « Non loin d'une grande ville, ici il est des médecins auxquels on a offert jusqu'à 75 %. On ajoute, même, que, non content de cette prime, un des personnages réclame encore 25 % à son client !!... »

(*Ces assertions nous semblent bien suspectes.*)

H. « A Paris : Mais, cher confrère, bientôt je ne pourrai plus résister au flot qui monte, sous peine de mettre au mont-de-piété mes instruments de chirurgie ; je devrai partager, si vous ne trouvez pas autre chose que l'application de vos principes qui sont aussi les miens. Et cela va en s'aggravant tous les jours. »

I. « Mais, en bonne équité, cher docteur, jugez de notre situation ! nous sommes près de la grande ville ; où nous étions deux, nous sommes quatre, après vingt ans d'exercice ; les maladies durent moins ; elles sont moins nombreuses ; les pharmaciens nous suppléent ; les spécialités et les indications des journaux suppléent même les pharmaciens ; les sages-femmes et les matrones nous ont supprimé les accouchements ; les procureurs de la République n'ont cure de la loi *Chevandier* qui les oblige à poursuivre l'exercice illégal ; les 8.000 étudiants de ce jour nous promettent que nous allons, dans peu d'années, voir surgir, à côté de nous, au moins un concurrent. A quel saint nous vouer ? où trouver de quoi vivre. C'est une véritable aubaine qu'une consultation qui nous procure une somme notable. Il faut que cette allocation entre dans les habitudes... etc. »

J. — « Eh bien ! comme vous, je réprouve la dichotomie, mais je prétends avoir le droit de remettre, à mon confrère, la somme qu'il me plaît. Je lui demande de fixer les honoraires de la consultation, en rapport exact avec les ressources du client. Je touche la somme ; cette somme est-elle, oui ou non, ma propriété indiscutable ! qui peut m'empêcher et sans en faire part à la famille, de remettre à mon confrère, qui m'a appelé auprès du client, ce qu'il me plaît ? Je ne suis pas dichotomiste ; je témoigne ma reconnaissance à mon ami. »

(Nous pensons que notre correspondant s'abuse. Qu'appelle-t-il, alors, la dichotomie ! il serait irréprochable, si le malade savait la générosité, dont il use vis-à-vis du médecin ordinaire. Ne serait-il pas plus à l'aise et sans avoir besoin de recourir à un sophisme, s'il payait, à son ami, une somme due d'après un tarif public ?)

K. « Le *Concours* a le grand mérite d'avoir, le premier, dans la presse médicale, soulevé le redoutable problème de la dichotomie. C'est à elle que j'attribue les excès dont la presse politique a exagéré la gravité et la fréquence. C'est à elle que je fais porter la responsabilité de la récente affaire dont je ne retiens que la *faute lourde* des deux médecins qui décident une opération avec légèreté et inconscience. Ce n'est pas à nous que remonte la responsabilité de ces actes, qui ne peuvent que se multiplier ; c'est aux grands opérateurs qu'elle appartient. On a simplement recherché d'abord les cas rares, les opérations redoutables ; on a fait appel aux élèves, aux amis ; cela n'a bientôt plus suffi, et on a vu surgir de savantes organisations, des rabatteurs, des agents ; puis on a offert des participations, d'abord avec des formes ; puis à l'œuvre, on a augmenté le tant pour cent. Alléchés, les médecins traitants ont dit ouvertement : Oui, mais il me faut telle proportion, etc... »

FEUILLETON

Littérature médicale.

Après avoir subi les basses injures de certains plumitifs à gages, qui ont en vain cherché à abattre les têtes de pavots de notre corporation, celles qui émergent robustes et imposantes de la banalité générale, on est largement autorisé, comme contrepoids, à tourner le dos à ces aboyeurs, pour s'occuper des écrivains de bon aloi, qui au lieu de jeter le discrédit sur la science médicale, ont cherché à s'en assimiler quelques éléments, ou ont laissé des descriptions, des observations, dignes de tous nos éloges.

Durant une récente villégiature de deux mois sur la côte d'azur, j'ai utilisé une partie de mes loisirs pour lire ou relire quelques auteurs connus. Je signalerai plus particulièrement certains passages de l'œuvre si remarquable des frères de Goncourt. Je citerai en premier lieu la description saisissante de la folie de *Charles Demailly*. Chaque mot porte et nous fait toucher du doigt la triste déchéance, l'émoussement de toutes les facultés du malheureux écrivain : « Entre lui et les sensations se rompait peu à peu la chaîne des efforts et se glissait quelque chose d'interrompu et de mort. Il se faisait lentement en lui le travail sourd d'une existence qui se décomplète, et où chaque partie du moi, désagrégée et isolée de l'être, semble perdre le pouvoir de se correspondre et de réagir de l'une à l'autre. Il sentait s'opérer en lui le désaccord de l'agent de l'intelligence avec les organes corporels.

Douloureux mystère ! Que la folie ne soit presque jamais la nuit complète des idées, la déportation d'une intelligence dans un monde de visions qui arrache le transporté au souvenir de sa patrie morale, de sa raison perdue ! — Dans ces âmes hallucinées, dans ces cerveaux qui se pétrifient, il y a des retours, des jours, des lueurs ; il y a même chez quelques-uns la certitude, l'affreuse certitude que ce qui habite leur tête est un mensonge, que ce qui guide leurs actes est une possession, que ce qu'ils croient, que ce qu'ils entendent, que ce qu'ils touchent, que ce qu'ils goûtent, est un jeu cruel et qui les trompe.

Mais avant cela, avant le mal incurable, quand l'invasion commence, quand la folie n'est qu'une tentation, qu'un nuage, quand elle chatouille et tâte le cerveau qu'elle a marqué, mais qui ne dort pas encore dans sa main de plomb, — qui dira les étreintes, les souffrances, le débat épouvantable, ce duel désespéré de la pensée qui veille et se sent glisser, et glisse, enivrée de l'air de l'abîme, et luttant encore, et s'accrochant à ses dernières idées saines, comme le vertige s'accroche à des broussailles ? — Qui dira l'humiliation de cette

L. « J'envoie un malade à un maître. Je reçois une lettre de réception qui me dit : je serais enchanté que vous assistiez à l'opération. Je me rends à l'appel ; j'assiste, en tenue aseptique, à l'acte, sans qu'on me convie à y prendre la plus petite part. On me serre la main ; je paye mes gros frais de voyage ; j'ai abandonné 24 heures ma clientèle et on se croit quitte à mon égard. Ah non ! »

M. « Mon correspondant ne partage pas ; c'est son principe ! La consultation a lieu. Je suis invité à dîner quelque temps après et je trouve un billet bleu sous ma serviette ! On ne m'y a jamais repris, je n'accepte pas ces procédés. Si c'est ainsi que le Monsieur prétend ne pas dichotomiser ; »

N. « Le *Concours*, à juste titre, se préoccupe de la déconsidération que la pratique de la dichotomie par le très petit nombre, ne peut manquer de faire rejaillir sur le plus grand, qui l'ignore ; mais ce n'est pas aux simples médecins qu'en remonte la responsabilité ; ce n'est pas à eux à rechercher, à trouver le remède à un mal qu'ils n'ont pas créé. C'est aux maîtres à délibérer sur la question, à la mettre à l'ordre du jour de leurs Sociétés et qu'ils la discutent en public (ce qui vaudrait mieux) ou en comité secret, il leur appartient de résoudre les difficultés qui vous préoccupent. Ceux d'entre eux qui sont arrivés, peuvent en tenir peu de compte, malgré la diminution de leur clientèle. Ils peuvent dépenser moins, faire moins de placements et attendre, ce qu'ils espèrent, des jours meilleurs. Mais les jeunes maîtres, ceux qui arrivent ! Ceux-ci, leur situation est fâcheuse ; s'ils n'avisent pas, s'ils se contentent de courber le dos, l'orage durera. C'est eux qui devraient faire quelqu'agitation et vous aider à trouver le remède, vous prêter leur appui. »

O. « Moi, nous écrit-on encore, je ne vois, en toute cette affaire, que mon intérêt. Je m'applique à conserver la confiance de mon client ; je tourne et retourne son cas, sous toutes les faces et je ne recours à la consultation que lorsqu'elle m'est imposée, ou quand je n'y vois plus clair. Je reconnais que mon client doit payer le consultant ; mais je ne veux pas que ce dernier lui fasse voir ma cécité et souvent, il ne se gêne guère pour la lui montrer. De plus, les consultants me traitent de haut et d'autant plus haut, qu'ils se font payer plus cher. C'est un moyen pour quelques-uns d'entre eux de faire valoir leurs services. Résultat : mon client obéré ; sa confiance en moi diminuée. Quel malheur que nous ne puissions nous passer des consultants ! En trouverez-vous beaucoup qui condescendraient à distraire de leurs honoraires, devant la famille, la somme convenable pour compenser ces inconvénients, etc. Le maître s'imaginera toujours que c'est lui qui nous paye, tandis que c'est moi qui lui procure la grosse somme, etc. »

P. « Oui, je comprends la consultation ; on me l'a imposée, ou je l'ai demandée. Je réclamerai des honoraires en rapport avec ceux du consultant. On me payera avec difficulté, puisque on a fait un gros sacrifice. Enfin ! mais quelle est ma situation, lorsque j'envoie mon malade chez un spécialiste, à la ville et que je ne revois plus mon client. Comment, dans ce cas, participer à la rémunération de la décision que j'ai prise : me priver de mon client, pour l'envoyer à un autre médecin, qui, les pieds sur les chenets, fera tranquillement sa petite affaire ! Toute peine et tout service méritent salaire. Que me devra le spécialiste, je ne le vois guère ! » (*Et nous non plus !*)

Q. « Et pourtant il faut vivre ! Si les consultations ne sont point payées au médecin ordinaire ; si les clients diminuent, à mesure que les médecins augmentent, pourquoi faire la sourde oreille aux propositions qu'on nous adresse : achat d'actions d'eaux minérales, intérêts dans la vente de spécialités, participations à la création des établissements médicaux, etc., etc. On nous sollicite de toutes parts, on fait miroiter à nos yeux des *retraites* sans rien payer, de *gros dividendes* sans versements, des *indemnités de maladie*, sans primes annuelles, des *cercles médicaux* sans cotisations, enfin de vrais miracles. Je me rends bien compte qu'il faudra en rabattre et que ce n'est pas là ce qui pourra payer, même notre patente et notre loyer. Mais, d'abord, il faut vivre et combien se laisseront aller à ajouter foi à des promesses qui comportent des conséquences plus graves encore que la dichotomie. Nous n'avons eu, jusqu'à ce jour, qu'une chose sérieuse : le relèvement de nos honoraires, par les Syndicats, que le Concours médical a fondés. Je reconnais que par la cessation de la concurrence au rabais, par l'élévation des tarifs, sans dépasser les facultés des clients, ceux qui sont parvenus à l'entente, ont augmenté leur situation d'un tiers et dès lors ne se sont plus battus. Mais si peu de médecins sont syndiqués ! d'autres syndiqués n'ont pas pu appliquer les tarifs avec ensemble ! Je sais bien que ce ne sont pas les propositions commerciales qu'on nous fait, qui nous vaudront

---

faculté d'orgueil, la torture de cette raison ? — Et maintenant, faites déchirer par toutes ces douleurs un homme ayant mis toutes ses espérances précisément là, dans ce cerveau, un homme qui s'était flatté d'en régler la fièvre et d'en tirer la fortune de son nom et l'immortalité de ses idées ; qu'il sente, entre lui et ce qu'il voulait faire, le voile s'épaissir ; qu'il sente la veille et le lendemain de sa pensée lui échapper ; qu'il sente s'en aller pièce à pièce l'organe roi de son existence, et l'harmonie d'un monde à naître se briser en lui, vous aurez le supplice de Charles. »

. . . .
. . . .

Dans la délicate et touchante histoire de *Sœur Philomène*, je vous recommande la ronde de la mère dans la salle de l'hôpital de Rouen : « La nuit dort, le silence plane ; à peine si, de loin en loin, il sort de l'ombre immobile et muette un fripement de draps, un bâillement étouffé, une plainte éteinte, un soupir..., Puis la salle retombe dans une paix sourde et mystérieuse.

Les formes, les lignes s'ébauchent en tremblant dans le demi-jour incertain qui les baigne, tandis qu'entre les lits, les fenêtres hautes, mal voilées par les rideaux, laissent passer la clarté bleuâtre d'une belle nuit d'hiver, sereine et glacée.

...La sœur Philomène était entrée à l'hôpital avec un grand trouble. Elle avait vécu longtemps à l'avance avec cette idée d'hôpital, espérant par l'habitude se familiariser avec elle ; mais cette idée était devenue une obsession qui l'avait remplie de terreurs. De jour en jour, elle s'était sentie moins forte contre ces pensées, ces images poignantes qui assaillent le cœur du passant devant un grand mur d'hôpital troué de petites fenêtres. Son imagination, travaillant dans l'inconnu, se grossissait à elle-même l'horreur qui devait être là. Elle pressentait avec les yeux je ne sais quoi de pareil à ces planches d'anatomie coloriées qu'elle avait vues, étant enfant, quelque part, dans le quartier latin. Et dans le vague des choses, elle se créait, malgré elle, un idéal d'épouvante.

Un souffle lui passa sur les tempes et sur les pommettes en entrant pour la première fois dans la salle où elle devait faire son service de sœur. Elle aperçut sur les poêles les pointes de fer à attiser le feu : Elle les prit pour des fers à cautériser. Elle croyait qu'elle allait voir des instruments d'acier tachés de taches épouvantables, des morceaux de vivants, tout ce qu'on rêve, en frissonnant, de la chirurgie à l'œuvre !

Elle ne vit rien de cela ; mais des lits blancs, des rideaux blancs, du linge blanc. Il y avait partout la propreté, charmante à l'œil, d'une chambre de jeune fille.

....La convalescence babillait à demi-voix dans les lits murmurants. Et dans toute la salle, il y avait tant de clarté, tant de paix et tant d'ordre, le voile

jamais, comme par l'action du *Concours*, un tiers, un quart de nos honoraires. — Comment faire pour généraliser l'action de notre si utile société, etc. »

D'un autre correspondant, médecin des hôpitaux :

R. « J'ai vu, avec plaisir, dans un des derniers nos du *Concours*, que la Société du 15e arrondissement avait décidé, par son *tarif minimum d'honoraires*, que le médecin traitant avait droit à une somme égale au quart des honoraires du consultant, ou de l'opérateur. C'est là, je crois, une des meilleures et peut-être l'unique solution à la question de la *Dichotomie*. Elle sauvegarde la dignité et les intérêts de tous. Je crois que le public accepterait volontiers cet usage loyal et justifié, plutôt que de continuer à subir le soupçon de la Dichotomie. En ce qui me concerne, je ne dichotomise pas et je puis constater tout le préjudice qui m'est porté, ainsi qu'à tous ceux qui agissent comme moi. »

S. « Eh bien ! oui, je dichotomise, je partage avec les consultants et ce n'est pas moi qui demande ; ce sont eux qui m'offrent ; certain d'avoir des difficultés avec mes clients, quand leur reconnaissance est effacée par la santé que je leur ai rendue, je commence par diminuer leur dette. Si je refusais, ils ne m'en sauraient aucun gré, puisque, charitablement, ils sont convaincus par la lecture des bons journaux, daubant sur le médecin, que j'ai eu grosse part de la grosse somme. Je préfère m'en tenir à cette pratique que vous jugez illicite et ne pas souscrire à tant de propositions qu'on nous adresse de tous côtés, dans le but de nous enrichir, dit-on. Je sais, par expérience, ce que valent ces promesses; je préfère le produit direct de mon exercice. Qu'on régularise cette source de revenus, due à ma profession ; je le veux bien ; mais, en attendant, je boucle mon budget le moins mal que je peux, etc. »

Voilà le résumé succinct de quelques lettres explicites sur la dichotomie.

Nous en pouvons conclure que cette coutume est encore peu pratiquée en province et qu'elle ne s'est guère généralisée que dans quelques centres.

Nous en concluons aussi que, dans les consultations, le recouvrement des honoraires est rendu difficile pour le médecin traitant qui, en réalité, supporte seul une responsabilité que l'éloignement et la notoriété rendent presque nulle pour le consultant qui, lui, a tout le bénéfice.

Il y a là une situation fâcheuse à tous égards et à laquelle nous estimons qu'il conviendrait de porter un prompt remède.

C'est aux funestes pratiques, peu anciennes de la dichotomie, qu'il faut attribuer certaines tendances dont nous avons été tous, dans ces derniers temps, les témoins attristés ; celles-ci ne sont, en effet, que la conséquence de la recherche des consultations, des opérations, des moyens plus ou moins blâmables auxquels sont réduits des médecins poussés par la nécessité et, aussi, quelques autres, que l'amour du lucre amène aux compromissions. Viennent, par conséquence, le discrédit, la suspicion, les attaques de la Presse, qui fait porter, à tous, la responsabilité des actes de quelques-uns. Elle étale, dans ce cas, un rigorisme, un parti pris de dénigrement, dont les excès, heureusement, atténuent le danger. Elle a une telle puissance pour le mal, que notre profession, encore considérée, perdrait le niveau social élevé qu'elle occupe encore, si elle ne réagissait pas pour mettre en lumière la parfaite droiture et l'abnégation de la majorité de ses membres qui ne doivent pas souffrir des erreurs de quelques-uns.

Il faut que cette détestable pratique de la dichotomie disparaisse, et la chose nous paraît d'autant plus facile, qu'elle ne constitue encore que l'exception — nous en avons la certitude.

Comment donc est-elle née ?

La situation, l'éloignement, la notoriété, la compétence du médecin consultant justifient des honoraires exceptionnellement élevés, nul ne le conteste, et consultants comme opérateurs ont toujours reçu, sans difficulté, la juste rémunération à laquelle ils avaient droit. Peut-être faut-il regretter que, dans ces dernières années, les prix se soient élevés d'une façon parfois exces-

---

était si habilement jeté sur les misères et l'ordre de tous ces corps, sur le martyre de tant de douleurs, la toilette de l'horreur était si bien faite, la souffrance était si calme, l'agonie faisait si peu de bruit, que la sœur fut tout étonnée d'être rassurée et calmée par la réalité. Elle eut un sentiment de délivrance, de confiance, de joie ; elle se crut sauvée des terreurs de son imagination, et elle fut presque fière de se trouver plus forte qu'elle ne l'avait espéré. »

. . . .

Dans *Renée Mauperin*, qui constitue une double peinture de la jeune fille moderne et du jeune homme moderne, se trouve une thèse sur la souffrance, que vous pourrez rappeler aux malades, non résignés, qui ne la subissant qu'avec révolte et courroux : « Elle se mit à lui parler de tous les bons côtés de la souffrance, de la source de tendresse qu'elle ouvre en nous, des délicatesses de cœur et des douceurs de caractère qu'elle donne à ceux qui acceptent ses amertumes et ne se laissent point aigrir par elle.

Elle lui parla de toutes les misères et de toutes les petitesses qui s'en vont de nous lorsque nous souffrons, des instincts d'ironie qu'on perd, du méchant rire qu'on dépouille, du plaisir qu'on ne prend plus aux petites peines des autres, de l'indulgence qui vient pour tout le monde.

Et M. Mauperin l'entendit remercier dans la souffrance une épreuve d'élection. Elle parlait de cet égoïsme et de toute cette matière dont nous enveloppe la santé, de cet endurcissement que fait le bien-être du corps, et elle disait comme dans la maladie il y a dégagement et délivrance, légèreté intérieure, aspiration de nous-mêmes hors de nous. Elle parla encore de la souffrance comme du mal qui nous ôte l'orgueil, qui nous rappelle notre infirmité, qui nous fait humains, qui nous mêle à tous ceux qui souffrent, qui nous enfonce la charité dans la chair. »

Le récit de la mort de Renée mérite aussi d'être cité :

« Les signes et l'anxiété de la souffrance s'étaient effacés sur la figure amaigrie de Renée. Une beauté d'extase et de suprême délivrance, devant laquelle son père, sa mère, son ami étaient tombés à ses genoux. La douceur, la paix d'un ravissement était descendue sur elle. Un rêve semblait mollement renverser sa tête sur les oreillers. Ses yeux grands ouverts, tournés en haut, paraissaient s'emplir d'infini ; son regard, peu à peu, prenait la fixité des choses éternelles. Dans tous ses traits se levait comme une aspiration bienheureuse. Un reste de vie, un dernier souffle tremblait au bord de sa bouche endormie, entr'ouverte et souriante. Son teint était devenu blanc. Une pâleur argentée donnait à sa peau, donnait à son front une mate splendeur. On eût dit qu'elle touchait déjà de la tête un

sive, car les familles ont eu dès lors, une tendance de plus en plus grande à discuter les honoraires du médecin ordinaire, qui leur paraissaient d'autant plus contestables que les exigences du consultant avaient été plus grandes. On avait fait la grimace avec celui-ci, mais on avait payé... on voulait se rattraper sur le médecin traitant dont le rôle paraissait quelque peu effacé.

Et pourtant ce dernier n'avait-il pas aidé le consultant de la manière la plus efficace en l'éclairant sur des points indispensables? n'avait-il pas participé utilement à la consultation ? n'avait-il pas subi des dérangements, des frais parfois ? ne conservait-il pas la responsabilité après le départ du consultant ?

Les praticiens, souvent, ont exprimé leurs doléances sur les difficultés qu'ils éprouvaient à recevoir, à propos des consultations, des honoraires proportionnés au rôle qu'eux aussi avaient joué, aux services qu'ils avaient rendus et qui, on ne peut le contester non plus, leur étaient dus légitimement.

Il est arrivé alors que des médecins, des chirurgiens, reconnaissant l'abus, ont offert spontanément et comme dédommagement, une partie du prix de la consultation au médecin avec lequel ils étaient en rapports. Or c'est ce redressement, opéré d'une manière discrète, qui a donné naissance à la dichotomie et dès lors a prêté le flanc à la critique.

Autrefois ce redressement, ainsi pratiqué, ne nuisait pas aux familles, les exigences étant moins élevées ; mais depuis une vingtaine d'années le mode de faire s'est quelque peu modifié donnant naissance à l'abus.

Des médecins, des chirurgiens et non des moindres, en quête de cas rares, d'opérations difficiles, de statistiques imposantes, ont mis en campagne leurs amis et leurs élèves ; les cas ont afflué, la notoriété de l'opérateur s'est accrue, ses prix se sont élevés. Mais le mouvement bientôt s'est ralenti, la concurrence s'est montrée, il a fallu stimuler le zèle qui diminuait ; puis on a organisé le racolage des malades, en offrant aux rabatteurs des participations sur le prix des honoraires, qui se sont encore élevés d'autant.

Le malheur est que ces remises sont devenues pour certains médecins un gros élément de recettes et que, ce qui d'abord était l'exception est devenu pour eux la règle. Un véritable marchaudage a pris naissance : à l'envi l'un de l'autre, des opérateurs ont offert, tandis que les rabatteurs émettaient des prétentions de plus en plus élevées, — l'intérêt des familles restant tout à fait oublié.

Et alors les consultants et les médecins traitants qui ont résisté à ces habitudes nouvelles se sont trouvés dans une situation bien difficile. Ils ont vu des confrères qui acceptaient le partage, obligés de voir beaucoup de malades pour récolter les cas comportant opération ou consultation, abaisser le prix de leurs visites, comptant pour l'essentiel de leurs recettes sur les produits de la dichotomie.

On aurait même vu, et ici l'imagination se donne libre carrière, des opérations de complaisance, inutiles — mais cela ne nous regarde pas, puisque de tels excès relèveraient du code pénal et nous estimons que c'est à la *Presse* qui les a affirmés de les dénoncer.

Nous ne nous occupons que de ceux qui ont pu se tromper sur le devoir ou qui, plus nombreux, ont jugé que les consultants devaient avoir plus de souci des légitimes intérêts des médecins ordinaires et veiller aux intérêts moraux de ces derniers.

Il n'est pas une réunion professionnelle sans quelqu'anecdote amusante sur le sans-gêne et parfois sur les gaffes de quelques gros consultants, qui ont aussi peu d'égards pour les médecins qui les ont fait appeler ou les subissent, qu'ils ont des prétentions pécuniaires excessives. Pourquoi certains ne se laisseraient-ils pas aller à tirer sur eux ?

A ce mal il faut porter remède.

---

autre jour que le nôtre : La mort s'approchait d'elle comme une lumière ! »

. . . .

Je terminerai ces citations par la tirade qui suit la description de la fosse commune (ici dort la mort du peuple et le néant du pauvre), dans Germinie Lacerteux : « O Paris ! tu es le cœur du monde, tu es la grande ville charitable et fraternelle ; tes lois parlent d'égalité : tes journaux parlent de progrès ; tous tes gouvernements parlent du peuple et voilà où tu jettes ceux qui meurent à te servir, ceux qui se tuent à créer ton luxe, ceux qui ont sué leur vie à travailler pour toi, à te donner ton bien-être, tes plaisirs, tes splendeurs, ceux qui ont fait ton animation, ton bruit, ceux qui ont été la foule de tes rues et le peuple de ta grandeur ! Chacun de tes cimetières a un pareil coin honteux, caché contre un bout de mur, où tu te dépêches de les enfouir, et où tu leur jettes la terre à pelletées si avares que l'on voit passer les pieds de leurs bières ! On dirait que ta charité s'arrête à leur dernier soupir, que ton seul *gratis* est le lit où l'on souffre, et que, passé l'hôpital, toi si énorme et si superbe, tu n'as plus de place pour ces gens-là ! — Tu les entasses, tu les presses, tu les mêles dans la mort, comme il y a cent ans, sous les draps de tes Hôtels-Dieu, tu les mêlais dans l'agonie !

Encore hier, n'avais-tu pas seulement ce prêtre en faction pour jeter un peu d'eau bénite banale à tout venant : Pas la moindre prière ! Cette décence même manquait ! Dieu ne se dérangeait pas ! Mais ce que ce prêtre bénit, c'est toujours la même chose, un trou où le sapin se cogne, où les morts ne sont pas chez eux. — La corruption y est commune ; personne n'a la sienne, chacun a celle de tous ; c'est la promiscuité du ver ! — Dans le sol dévorant, un Montfaucon se hâte pour les catacombes... car les morts n'ont pas plus ici le temps que l'espace pour pourrir ; on leur reprend la terre avant que la terre n'ait fini, avant que leurs os n'aient une couleur et une ancienneté de pierre, avant que les années n'aient effacé sur eux un reste d'humanité et la mémoire d'un corps !

. . . .

Je vous laisse, mes chers lecteurs, sous l'impression troublante de cette page éloquente, qui devrait bien inspirer plus de pitié à la municipalité parisienne. — Dans nos campagnes, du moins, les paysans ont un petit coin respecté où ils peuvent reposer sans profanation jusqu'à ce que le fameux ange du jugement dernier vienne leur annoncer que l'heure d'entrer dans la lumière et de jouir d'un sort plus prospère est enfin arrivée.

Dr GRELLETY (de Vichy).

Le Conseil de Direction du Concours a essayé de trouver un remède acceptable à cette plaie de la Dichotomie. Il s'est associé d'abord aux sentiments qui nous avaient dicté notre article du 19 septembre 1896 et il ajoute :

« Il n'est pas équitable que le médecin traitant ne reçoive pas le prix des soins, du travail spécial que lui occasionnent la préparation de la consultation, son intervention active, la part prise à l'opération qui peut en être la conséquence ou l'objet principal. Il propose donc que toutes les Sociétés locales qui composent l'Association générale, que tous les Syndicats, que l'assemblée générale des membres du Concours mettent, à leur premier ordre du jour, *un article spécial du tarif d'honoraires relatif aux consultations.*

Nous proposons à leurs discussions la rédaction adoptée par la Société médicale du XVe Arrondissement :

1° *La consultation, entre confrères dépourvus de titres particuliers, entraîne des honoraires égaux, s'ils habitent la même localité.*

2° *En cas de consultation entre un médecin ordinaire et un consultant qualifié, le quart de la somme réclamée par le consultant, pour la consultation médicale ou pour l'opération, est attribué au médecin traitant.*

Ou l'article 17 du tarif adopté par la Société médicale du IVe Arrondissement.

Article 17. — *Opération avec un chirurgien : honoraires équivalents au quart des honoraires du chirurgien.*

Nous publierons, dans un prochain numéro, un travail considérable de notre distingué collaborateur, le Dr Jeanne, qui s'est appliqué avec sa conscience habituelle, à l'élaboration d'un tarif général d'honoraires que toutes les Sociétés pourront prendre pour base de discussion.

Nous donnons également le tarif suivant, proposé, pour Paris, par notre collaborateur le Dr Huguenin : ce tarif est conçu dans un esprit de modération absolue ; il établit des principes et non des chiffres invariables :

1° Le médecin est embarrassé dans son diagnostic, son pronostic ou son traitement, ou bien, veut se mettre à couvert : il demande un consultant de son choix, professeur, agrégé ou seulement médecin des hôpitaux ou même simplement médecin, sans autres titres que son savoir et son honorabilité ; que devra-t-il demander comme honoraires ?

Le double de ses visites ordinaires, pourvu que la somme ne soit jamais inférieure à 10 fr.

2° Le malade capricieux, peu confiant ou désireux de savoir s'il n'y a pas moyen de guérir plus vite, demande un médecin de son choix en consultation avec son médecin ordinaire et l'impose, pour ainsi dire à celui-ci : quels seront les honoraires du médecin ordinaire ?

Le quart de ceux du médecin appelé en consultation.

3° L'assistance à une opération quelconque, sans participation à l'acte opératoire, doit être tarifée :

50 fr. pour la classe moyenne.

100 fr. pour la classe riche.

4° S'il y a participation à l'acte opératoire, le chirurgien opérateur est seul juge des honoraires à réclamer, pour le médecin traitant, sans que cette somme puisse être inférieure à 150 fr. et il l'a demandera lui-même *en indiquant sa destination.*

A. Cézilly.

LA SEMAINE MÉDICALE

Immunité de certaines familles de Saint-Ouen pour la tuberculose.

MM. *Dubousquet* et *Duchesne* ont fait un très intéressant travail sur l'immunité de certaines familles, pour la tuberculose, et ils en ont communiqué les conclusions à l'Académie. La *France Médicale* en donne le résumé suivant :

« 98 familles comptant 511 membres, n'ont pas présenté 1 seul décès par tuberculose depuis 1883, et cette immunité paraît fort ancienne ; la mortalité de ces familles consultée depuis 1870 répond négativement et les vieillards de ces familles affirment qu'ils n'ont jamais vu ou entendu dire qu'il y ait eu des poitrinaires parmi eux. Ces familles sont composées d'agriculteurs originaires du pays, ou y sont établies depuis nombreuses générations. Depuis 1870, les auteurs relèvent que 72 jeunes gens appartenant à cette tribu sont partis au régiment dont 7 dans les sections d'infirmiers et que pas un n'a présenté d'accidents tuberculeux quelconques. Ces faits sont d'autant plus intéressants que, de toutes les maladies, la plus meurtrière est la tuberculose avec une mortalité annuelle de 3 sur 1.000 vivants ; que dans l'armée, particulièrement chez les infirmiers, elle a causé jusqu'à 11 décès sur 1.000 infirmiers (*Armée prussienne, Kirchner*). Parmi les infirmiers civils elle fait aussi de trop nombreuses victimes. En dix ans à Paris, il y a eu 599 décès pour le personnel des infirmiers des hôpitaux avec 217 décès par tuberculose, soit 36,22 %, de telle sorte que pour eux il faut compter avec une véritable tuberculose professionnelle (*Landouzy*). Les raisons de cette immunité familiale sont nombreuses : tempérament arthritique et sanguin, thorax développé, vigueur naturelle, né au grand air, sobriété, bonne nourriture, bonnes habitations, allaitement maternel traditionnel dans ces familles, qui cependant s'allient par de nombreux mariages consanguins, ce qui serait une cause de déchéance si la race était entachée. Elles ne se mêlent pas, par des mariages ou même par relations sociales, aux nombreux immigrants dans la localité qui, eux, fournissent de nombreux décès par tuberculose ; elles font de la sélection involontairement, sélection que nous voyons donner de si beaux résultats en vétérinaire et en agriculture. Mais il y a là surtout une affaire de milieu intérieur, une question de terrain et de bonne hérédité qui font, de ces familles, au milieu de la population ambiante, comme une race privilégiée qui cependant pourrait bien perdre, par l'alcoolisme et l'abandon de l'allaitement maternel, une partie de son immunité. Cette immunité à l'égard de la tuberculose se retrouve dans certaines races animales, race bovine du Limousin et de l'Auvergne (*Salers particulièrement*).

« Il y a cinquante ans la tuberculose humaine était très rare, au Limousin par exemple, où elle

est devenue la maladie dominante depuis l'émigration des ruraux vers les villes, et il en est ainsi pour tous les pays civilisés. Les familles qui font le sujet de cette communication sont toujours restées chez elles, ne frayant nullement avec les voisins et ayant conservé un terrain résistant contre la graine tuberculeuse semée autour d'elles.

MM. Dubousquet et Duchesne concluent qu'il y a aux portes de Paris une race spéciale, une tribu réfractaire jusqu'à présent à la tuberculose et, contre la dissémination de la tuberculose, ils préconisent différents moyens : désinfection des logements occupés par des tuberculeux, au moins après les décès, instructions à la population par cours publics, affiches, sur les dangers de la contagion et les procédés de destruction des germes contenus dans les crachats et les linges souillés, apprendre aux enfants dès l'école les préceptes les plus élémentaires de prophylaxie domestique et le vote de lois diminuant les charges des ruraux qui viennent dans les villes où les attire l'espoir, bien illusoire, d'un salaire plus rémunérateur, d'une vie facile et plus attrayante. Ils parlent aussi de sélection volontaire, d'alliances entres gens bien portants, mais cette sélection volontaire n'est pas sur le point d'entrer dans les mœurs et il faut lutter contre la tuberculose avec les seuls moyens déjà bien puissants dont on dispose. Créer un mouvement d'opinion autour de cette question, qui intéresse autant l'individu que l'espèce, serait une des manières de servir l'intérêt le plus pressant, le plus suprême du pays par ce temps de longues discussions sur la dépopulation de la France.

La pression hydraulique dans les rétrécissements de l'urèthre.

M. le Dr *Claverie*, de Capvern (Hautes-Pyrénées), nous communique, au sujet du traitement des rétrécissements infranchissables de l'urèthre, par la pression hydraulique, un certain nombre d'observations fort intéressantes que nous nous faisons un plaisir de présenter à nos lecteurs :

1re Observation. — Le 31 juillet 1891, j'étais appelé auprès de M. R.... Je trouvai ce malade abattu par un accès de fièvre très violent (accès de fièvre urineuse). La vessie était pleine et ne se vidait que goutte à goutte. L'urine était chargée de pus. Il devait évidemment y avoir un rétrécissement uréthral. Le cathétérisme s'imposait. Deux tentatives, la première avec une sonde en gomme no 6, la deuxième avec une bougie filiforme, échouèrent. C'était le matin. Je prescrivis le sulfate de quinine et le salol, pour combattre les accès d'urinémie. Le soir, nouvelle tentative de cathétérisme, avec aussi peu de succès que le matin. Mon embarras était grand. Il n'allait me rester d'autre ressource entre les mains, qu'une intervention chirurgicale, ce que je voulais éviter autant que possible.

Le lendemain 1er août, je me disposais à sonder de nouveau M. R.... sans espoir de réussite, quand j'eus l'idée d'essayer comme moyen de dilatation la pression hydraulique. Je ne risquais absolument rien. J'employai à cette fin l'appareil qui me sert à laver les vessies. Je l'installai de façon à avoir une colonne d'eau de 2 mètres 50 de haut et soumis l'urèthre de mon malade à cette pression pendant 25 minutes. Immédiatement après j'essayai l'introduction d'une bougie — résultat nul. — L'après-midi même opération, même insuccès. Le lendemain matin, 2 août, après avoir fait subir à mon malade une pression de 30 minutes de durée et injecté dans son urèthre aussi fortement que possible de l'huile d'amandes douces préalablement bouillie, je fus assez heureux pour pénétrer dans la vessie avec une bougie no 1. J'avais eu à traverser trois rétrécissements. Je laissai en place la bougie pendant 5 heures. Le soir, nouvelle séance de pression hydraulique. Je continuai ainsi matin et soir jusqu'au 7 août. A ce moment j'introduisais facilement une sonde en gomme no 6. Les lavages se faisaient en même temps que la pression : je pouvais vider complètement la vessie. Je supprimai le sulfate de quinine et le salol. Le 20 août, M. R.... se lavait la vessie matin et soir et se sondait lui-même dans les meilleures conditions. Plus de pus dans les urines. Le calibre de la sonde employée était le no 14 de la filière Charrière.

2me Observation. — En juin 1893, j'eus à donner mes soins à M. D.... Son cas était plus compliqué que le précédent. Au catarrhe, outre le rétrécissement de l'urèthre, s'ajoutait une fistule située à 6 centimètres du méat. Après avoir vainement essayé le cathétérisme, j'employai la pression hydraulique. A la dixième séance j'avais dilaté et le rétrécissement qui se trouvait en avant du trajet fistuleux et un deuxième qui se trouvait à 13 cent. du méat. Je pus introduire une sonde à demeure dans la vessie, ce qui facilita singulièrement la guérison de la fistule. Je me servis de la pression hydraulique pendant 12 jours. A ce moment la sonde no 12 traversait facilement les rétrécissements.

3me Observation. — En avril 1897, je fus appelé en consultation à J.... par un de mes confrères. Le malade était atteint de dysurie avec catarrhe vésical. Après plusieurs tentatives infructueuses, j'arrivai non sans peine dans la vessie avec une bougie filiforme. Je pus au bout de quelques jours avec difficulté réussir à traverser le col d'abord, avec le no 2, puis avec le no 3, quand se déclarèrent des accès d'urinémie. Le bisulfate de quinine et le salol furent administrés. Je tentai l'introduction d'une bougie no 4 sans succès, il fallait revenir au no 3. C'était le 25e jour de sa maladie, quand après avoir gardé pendant huit heures une bougie dans l'urèthre, M. M.... fut pris de violentes douleurs de miction — l'urine ne s'écoulait plus que goutte à goutte, les efforts pour uriner étaient considérables. — De grands bains furent prescrits. Il me fut impossible d'introduire dans le canal une bougie même filiforme. Je proposai la dilatation par la pression hydraulique. Ma proposition fut acceptée par mon confrère. Après dix séances, chacune d'environ 30 minutes, où pression et lavages marchaient concurremment, nous pûmes faire entrer dans la vessie une sonde no 6. C'était tout ce qu'il nous fallait pour permettre l'emploi de l'électrolyse linéaire.

J'ai été aussi bref que possible dans ces observations, passant très rapidement sur des détails de pratique. J'espère être arrivé à démontrer, d'une façon complète, la facilité dans l'em-

ploi et l'innocuité absolue d'un procédé qui n'a jamais déterminé et ne peut occasionner d'accidents dans aucun cas.

Le traitement du mal de Pott par le redressement brusque.

Au Congrès international de Moscou, tenu du 19 au 26 août, M. le Dr *Calot*, de Berck-sur-Mer, a tenu à venir défendre lui-même sa méthode de redressement brusque du mal de Pott. Il s'exprime ainsi dans ses conclusions :

Je suis le premier à dire que, dans cette voie à peine ouverte, où il faut avancer lentement et prudemment, quelques chirurgiens sont allés trop loin dès le début de leur pratique. Ces excès ne peuvent que retarder la vulgarisation d'une méthode appelée à rendre les plus grands services, pourvu qu'on ne veuille pas l'appliquer indistinctement et inconsidérément à tous les cas.

Ces exagérations et ces excès appelaient logiquement une réaction qui, à son tour, a dépassé le but. Il ne pouvait en être autrement : une adoption enthousiaste et une application trop étendue au début et peu après une réaction trop violente, allant jusqu'à la désapprobation, ne retrouvons-nous pas ces deux phases dans l'histoire de toutes les nouvelles conquêtes de la science ? Ainsi en a-t-il été par exemple pour les traitements de la luxation congénitale de la hanche !

Le temps a, peu à peu, raison des exagérations qui se sont produites dans l'un et l'autre sens et précise les cas où l'utilité de la méthode est indiscutable.

Pour que le traitement nouveau entre dans la pratique courante, il faut, en premier lieu, *assurer sa parfaite innocuité*. Je suis bien d'accord avec les opposants là-dessus. Ma technique primitive avait paru demander trop de force : je l'ai modifiée de point en point, sans relâche, jusqu'à ce que j'aie été enfin bien assuré d'avoir atteint le but.

Actuellement, la manœuvre de correction dure quelques secondes ; elle se fait sans secousses, avec une douceur extrême. Elle consiste dans une traction du rachis d'une valeur de 20 à 60 kilog, suivant les âges. Cette traction est suivie immédiatement de l'application des pouces d'un assistant de chaque côté de la gibbosité pour réaliser une pression de 15 à 30 kil. Le redressement est fini : je construis aussitôt l'appareil plâtré ; j'estime qu'ainsi modifiées les manœuvres de redressement représentent un traumatisme absolument insignifiant, ne pouvant jamais amener d'accident, soit dans le présent, soit dans l'avenir, et c'est aussi l'avis, je me permets de l'ajouter, des nombreux chirurgiens qui m'ont vu opérer à Berck.

Tenez-vous-en dans votre pratique, pour le traitement de la tuberculose vertébrale, à la correction obtenue par ces manœuvres si simples et si douces, que j'ai reconnues être suffisantes ; elles vous donneront, en effet, dans les gibbosité récentes le redressement complet, et dans les gibbosités anciennes et plus marquées, la seule correction qu'il vous soit permis de rechercher, au moins dans une première séance. Dans ce dernier cas vous recommencerez ces manœuvres tous les trois ou quatre mois au moment du renouvellement de l'appareil. Quant aux gibbosités qui résistent entièrement à une traction de cette valeur, soyez très circonspect pour l'instant, s'il s'agit d'un mal de Pott : des manœuvres deux ou trois fois plus rigoureuses étant au contraire permises, lorsque vous êtes en présence de déviations rachidiennes non tuberculeuses, par exemple dans la scoliose.

Un redressement, fait avec la douceur que j'ai dite, suivi d'un appareil de contention absolument parfait : voilà, en deux mots, ce qui caractérise ce traitement nouveau du mal de Pott, traitement très simple, qui est à la portée de tous les médecins. Il nous permettra d'améliorer plus ou moins grandement les gibbosités volumineuses encore en évolution ; mais, surtout, ce qui est d'une importance absolument capitale à mes yeux, il nous permettra d'obtenir la guérison complète sans difformité dans tous les cas peu avancés, c'est-à-dire en réalité pour tous les maux de Pott à venir, puisque, en pratique, nous voyons tous ces enfants, lorsque leur gibbosité ne date que de quelques mois au maximum). Voilà le bilan du traitement nouveau. Faites le bilan des traitements anciens et vous comprendrez que j'attends avec confiance votre jugement et le jugement de l'avenir.

M. *Ducroquet* a d'ailleurs examiné, au moyen de la radiographie X, les résultats du redressement sur la colonne vertébrale :

« Les photographies prises sur des opérés, marchant depuis trois ou six mois, ou après une réduction datant de trois mois au moins, montrent l'absence de ces si grandes cavités produites parfois sur le cadavre. Le rachis, au niveau des parties malades, s'est tassé. La radiographie montre que les apophyses articulaires, si visibles sur les clichés, au lieu d'être distantes de 1 centim. 1/2, ne le sont plus que de 1/2 centim. ou même arrivent à être au contact, et, alors, avec la destruction de trois vertèbres, le rachis remis dans la rectitude, peut ne plus en présenter qu'une comme hauteur. Il se produit parfois un peu de tassement latéral, la moitié d'un corps vertébral n'étant pas détruite entièrement. La déviation latérale résultante est légère, corrigée par une courbure de compensation supérieure, elle apporte bien peu de changement dans l'esthétique du dos.

Quelle est exactement la cause de ce tassement ? De nombreuses recherches ont démontré que cette réduction en hauteur du rachis était produite par une imbrication des lames vertébrales, dont le corps avait été détruit par la carie. Cette imbrication, allant parfois jusqu'à l'invagination du segment inférieur du rachis dans le segment supérieur, peut, à la limite, amener ainsi la disparition de plusieurs arcs.

Le rachis est maintenu dans la rectitude par la superposition des disques vertébraux, mobiles les uns sur les autres par l'intermédiaire des articulations des apophyses articulaires. Celles-ci tendent à la verticale à mesure qu'on s'approche du sacrum. Si l'on vient à rendre la rectitude à un rachis dévié par gibbosité, il se fait un écart en avant et les apophyses articulaires reprennent leur place et leur direction normale.

La colonne vertébrale n'est soutenue que par les articulations des apophyses articulaires ; celles-ci, étant verticales, auront tendance à se luxer les unes sur les autres, à s'imbriquer et à permettre l'invagination du segment inférieur du rachis dans le segment supérieur.

En résumé, notre impression, de par nos nombreuses radiographies, est que l'écart produit en avant est diminué dans la proportion des 2/3 et même des 4/5. Ce tassement peut amener les restes des tissus osseux des vertèbres détruites, au contact et favoriser et leur soudure et leur prolifération. Il en résultera une colonne osseuse extrêmement solide, capable, sans conteste, de soutenir le rachis, et rendant superflue, dans bon nombre de cas, toute production nouvelle.

Ce tassement est produit en partie par le poids de la colonne sus-jacente aux vertèbres malades, en partie par les tractions des muscles des gouttières, de l'abdomen, etc. Et, comme conclusion, chose qui peut paraître paradoxale, nous ne serions pas éloigné de proposer la marche des malades pendant quelque temps, dans leur corset strictement appliqué. Et, de fait, la chose se voit très nettement sur Adolphe (le sixième malade présenté à l'Académie, dont M. Monod attend la guérison, pour se rendre à la valeur de la méthode dans les gibbosités anciennes et volumineuses), que l'on fit marcher pendant 15 jours, deux mois après son opération. Il ne faudrait point penser que ce tassement soit chose rare ; je l'ai vu à peu près constamment sur les 20 photographies prises de pottiques redressés. »

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la pneumonie et de la broncho-pneumonie par les enveloppements froids du thorax.

Quelleque soit, à priori, notre répugnance pour les méthodes thérapeutiques qui ont quelque prétention à l'universalité, nous ne pouvons sans injustice parler avec réserve et doute d'une méthode que les nombreux succès de la pratique ont depuis longtemps sanctionnée.

Nous voulons parler des enveloppements d'eau froide, ou plutôt de linge imbibé d'eau froide, autour du thorax.

L'action dynamogénique de la glace et du froid a été mise en lumière déjà depuis de longues années, à propos du traitement de la péritonite, de la méningite et de la péricardo-endocardite.

Les nombreux cas de guérison obtenus dans ces graves maladies par l'application de la glace sur la surface cutanée, ne sauraient être attribués qu'à une action ultra-puissante de tonification du système nerveux vaso-moteur, produite par la température exagérément basse à laquelle on soumettait les téguments et non à une action directe antiinflammatoire à travers les enveloppes cutanéo-graisseuses et musculo-osseuses.

Le traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brandt pure, c'est-à-dire par les bains froids à 12 ou 15 degrés, agit certes surtout par l'énorme déperdition de calorique qu'il provoque dans l'organisme, agit aussi par la stimulation constante des excrétions et des éliminations cutanées, mais, agit surtout, il n'en faut pas douter, comme dynamogène puissant vis-à-vis du système nerveux vaso-moteur.

Il y a quelques années, un chimiste, M. Pictet, a montré sur lui-même et sur quelques sujets, que la neurasthénie et les névralgies viscérales (gastriques, hépatiques, abdominales) étaient avantageusement modifiées, sinon complètement supprimées, par l'immersion totale du corps dans une atmosphère glacée, refroidie par des serpentins congelants à — 50, — 100, — 120 degrés.

Ce sont là des expériences de laboratoire, plus que des pratiques cliniques, mais, il n'en reste pas moins vrai, que l'application sur la surface cutanée d'une atmosphère excessivement froide, produit une vaso-constriction, puis une stimulation énergique du système nerveux, telle que les maladies dues au mauvais équilibre de l'influx nerveux se trouvent favorablement influencées.

Or, depuis longtemps, on a essayé, à l'encontre du préjugé vulgaire, d'opposer le froid thérapeutique aux affections congestives thoraciques. On a eu recours aux bains froids dans la broncho-pneumonie, dans la pneumonie, etc., et l'on en a obtenu quelques succès. Cependant, la négligence des personnes chargées des bains, leur incompétence et surtout la défectuosité de l'installation des appareils à bains, ont été bien souvent cause de graves échecs. Une réaction, favorisée par le sentiment erroné du public, a failli se produire et la méthode de réfrigération a paru abandonnée pendant quelques mois.

Fort heureusement, des esprits tenaces et pratiques travaillaient la question sans découragement et quelques essais timides étaient continués dans les hôpitaux. Peu à peu le bruit de nouveaux succès a encouragé les plus timorés à ne pas se priver d'un aussi efficace auxiliaire et le froid a de nouveau été appliqué contre les pneumonies et les broncho-pneumonies in extremis. Seulement, le modus faciendi a changé : au lieu des bains froids, d'application toujours trop délicate, on a employé les compresses de linge imbibées d'eau froide et appliquées en cuirasse tout autour du thorax. Notre éminent ami le Dr Le Gendre a été l'un des plus ardents apôtres de cette méthode modifiée et, de fait, il ne compte plus les succès qu'il en a obtenus.

I

TECHNIQUE DES ENVELOPPEMENTS FROIDS DU THORAX.

Pour appliquer les enveloppements froids du thorax, on fait préparer des compresses de tarlatane pliées en plusieurs doubles, d'une longueur et d'une hauteur suffisantes pour envelopper tout le thorax. Ces compresses sont imbibées d'eau à la température de la chambre, pure ou additionnée d'un quart d'alcool ; puis elles sont exprimées, de manière à rester seulement humides. Le malade est rapidement déshabillé, on lui enroule les grandes compresses humides autour du thorax ; par-dessus, on place une feuille aussi grande que les compresses, de taffetas gommé, autant que possible souple, (taffetas chiffon), et on enveloppe le reste du corps dans une couverture de laine.

Au bout d'un quart d'heure, on enlève la compresse devenue chaude au contact de la peau, et, après l'avoir imbibée de nouveau d'eau froide, on l'essore et on l'applique une seconde fois. On renouvelle cet enveloppement tous les quarts d'heure d'abord, puis toutes les demi-heures, toutes les heures.

« On se guide sur la dyspnée, c'est-à-dire sur la fréquence et l'amplitude des respirations, la température, l'état nerveux pour espacer plus ou moins ces enveloppements. »

« L'effet habituel, dans les cas d'intensité moyenne, consiste dans une atténuation au moins passagère de tous les symptômes : dès que l'amélioration cesse, il faut réitérer l'emploi de ce moyen.

« Si, au bout d'un certain nombre d'applications, il n'y a plus d'amélioration, ou s'il n'y en a pas eu après la première, il faut passer à l'enveloppement du corps entier dans le drap mouillé essoré. »

Après cet exposé, nous citerons deux exemples remarquables de l'efficacité des enveloppements froids dans la pneumonie, que nous trouvons relatés par le Dr Klein dans le *Bulletin de thérapeutique* :

« 1° Un jeune homme, âgé de 25 ans, atteint déjà une fois de pneumonie droite, accuse un point de côté avec malaise général, toux, élévation de température. Les signes stéthoscopiques permettent de diagnostiquer une pneumonie du sommet gauche. La médication classique, sur laquelle nous n'insisterons pas, est instituée. Le 4e jour, la phlegmasie envahit tout le poumon droit, et le sommet du poumon gauche ; les crachats ont changé d'aspect, ils sont purulents, la température de 39°5, le pouls misérable 140, la dyspnée intense 40.

L'état général est mauvais, le malade a l'aspect typhique avec du subdelirium. La perception des phénomènes extérieurs est émoussée. Tiré de sa somnolence par les demandes pressantes de l'entourage, il n'accuse pas de souffrances. « Je vais bien », dit-il, et retombe dans la somnolence. Le cas est évidemment très grave. Cet état typhique a toujours été de mauvais augure chez les pneumoniques. Les injections d'éther camphré et de caféine furent instituées et pratiquées méthodiquement quand, le 9e jour de la maladie, la situation parut tout à fait alarmante. Pouls 150, respiration 48, courte, haletante. Température : 38°. En présence de pareils dangers, le médecin fit part de ses craintes à la famille et proposa une médication tout à fait en contradiction avec les habitudes de la pratique médicale : c'était l'application de l'eau froide. Heureusement, le traitement fut accepté sur le champ : Une pièce de tarlatane de 8 épaisseurs, assez large pour aller du haut du sternum empiéter sur l'estomac, longue pour couvrir la partie antérieure et les deux faces latérales de la poitrine, était plongée dans l'eau froide à la température de 8 à 10 degrés et appliquée sur la poitrine. Au bout de cinq minutes elle était remplacée par une fraîche et ainsi de suite pendant une heure. Laissons la parole au Dr Klein :

« Je suis resté une heure auprès du malade et j'ai constaté immédiatement un changement favorable dans les caractères de la respiration : elle est tombée, à la deuxième application, à 40, en devenant en même temps plus profonde.

« En me retirant, j'ai ordonné de laisser le malade en repos pendant une demi-heure, pour recommencer ensuite jusqu'à trois séances d'une heure chacune, avec les intervalles du repos pendant une demi-heure. J'ai recommandé aussi de recommencer les applications dans la seconde moitié de la nuit si la dyspnée devenait intense.

« Le lendemain matin j'étais heureusement impressionné par l'aspect de mon malade. Plus de somnolence, la dyspnée 26, la température 37°5, pouls 110, l'état général meilleur.

« La nuit s'est passée de la façon suivante. Après les trois applications d'une heure chacune, la respiration est devenue calme, bientôt est survenu le sommeil qui a duré trois heures. Puis la respiration s'embarrassa de nouveau et on a eu recours à de nouvelles compresses avec la même amélioration qui se maintenait jusqu'à mon arrivée.

« Il est inutile de suivre pas à pas mon malade jusqu'à la guérison complète. Il suffit de dire que l'application de compresses froides continuait avec des intervalles de plus en plus longs et avec le même résultat sans le phénomène le plus pénible, le plus menaçant de la pneumonie, la dyspnée.

« Bien entendu, je ne me suis pas tenu excusivement à la médication par l'eau froide. Les injections de caféine et d'éther camphré ainsi que les potions de Todd plus ou moins modifiées, l'alimentation continue avec du lait tant qu'il y avait de l'albumine, lait et bouillon, quand les traces d'albumine ont disparu. Tout était employé avec persévérance. Il est néanmoins vrai qu'au moment critique où l'existence apparut compromise, les compresses eurent une action héroïque et, pour moi, aussi bien que pour l'entourage et le malade lui-même, ce furent elles qui sauvèrent la situation. »

2° La deuxième observation est celle d'un homme robuste âgé de 66 ans.

En passant, il faut signaler la particularité du début de sa pneumonie.

« Brusquement, sans avoir rien ressenti d'anormal une minute avant, le sujet accuse une douleur terrible le long du bord gauche du sternum avec irradiation au bras correspondant. La respiration est pénible, courte, les yeux hagards, une sueur froide inonde le front et le visage, bref l'accès caractéristique d'une angine de poitrine classique.

« L'accès s'apaise à la suite du traitement approprié et le lendemain matin, je trouve à la base du poumon droit un souffle caractéristique de pneumonie franche.

« La maladie évolue durant cinq jours normalement quand, le sixième jour, l'expectoration s'arrête, la dyspnée augmente, la température est de 39,5, le pouls de dur devient filiforme, la fréquence augmente, l'autre poumon se prend à son tour, les crachats réapparaissent bientôt — ils sont purulents, légèrement sanguinolents et n'adhèrent plus au fond du vase. Les râles sont disséminés, sous-crépitants.

« L'état général très mauvais, insomnie, la dyspnée 48.

« J'instituai le traitement avec les compresses froides et le résultat fut immédiat. Le malade s'en est aperçu lui-même et comme il était très intelligent, il réclamait les compresses chaque fois que la dyspnée augmentait.

« La guérison fut parfaite. Dans les deux cas il n'est pas sans intérêt de recueillir l'impression personnelle des malades traités.

« Tous deux déclarent que chaque fois le soulagement était notable ; la sensation de bien-

être général suivait immédiatement l'application et leur conviction intime est que les compresses froides les ont sauvés. Je crois que l'impression du malade n'est pas à dédaigner, et, dans le cas présent, elle a d'autant plus une haute valeur que le traitement allait à l'encontre de tous les préjugés du public sur le traitement de ce qu'on appelle à la campagne *la fluxion de poitrine*. »

Voilà des résultats véritablement concluants quant à l'absence absolue de tout danger des applications froides, et l'on finira par traiter les pneumonies comme on traite la fièvre typhoïde et avec les mêmes résultats.

Chez les enfants, les succès sont tout aussi éclatants, je ne dis pas dans les cas de pneumonie franche, cette maladie guérit habituellement d'elle-même, mais dans la broncho-pneumonie, qui est si meurtrière à cet âge. Bien entendu, les granulies et broncho-pneumonies tuberculeuses ne sont pas influencées par les enveloppements froids, pas plus que par la caféine et les Todd ; mais les broncho-pneumonies streptococciques et staphylococciques, diphtériques et pneumococciques sont remarquablement influencées par cette méthode héroïque.

D'ailleurs, même quand les enveloppements froids et le drap mouillé froid ont échoué, tout n'est pas perdu et l'on peut encore espérer un succès des bains tièdes ou frais, à 20 ou 30 degrés, avec ou sans affusions froides sur la tête.

« Hutinel a précisé les indications des bains froids, dont les effets les plus frappants sont l'augmentation de la sécrétion urinaire, qui facilite l'élimination des toxines, l'accroissement des sécrétions salivaires et digestives qui rend la langue humide et permet l'appétence et la digestion des boissons alimentaires. L'indication type du bain froid est la coexistence des phénomènes généraux très accentués (hyperthermie, dyspnée, agitation) avec des lésions locales peu étendues.

« Mais quand le poumon est hépatisé sur une grande surface, sans forte réaction fébrile, le bain froid ne donne pas de bons résultats ; peut-être même favorise-t-il alors le collapsus. Le mauvais fonctionnement du cœur est aussi une contre-indication. D'après Hutinel, le bain froid réussit mieux dans les broncho-pneumonies à pneumocoques, que dans celles à streptocoques. Quand la température atteint 41°, le bain froid est toujours indiqué. Premier bain à 28°, d'une durée de cinq à dix minutes. Les bains suivants peuvent être de 24 à 18°, mais jamais au-dessous.

« On fait des affusions froides sur la tête, pendant le bain. On retire l'enfant, dès qu'il frissonne ; on l'enveloppe dans une couverture de laine, on lui donne du grog. La température, prise avant le bain, est prise de nouveau une heure, puis trois heures après. Si elle dépasse 39°, nouveau bain ; sinon, on attend et on reprend la température toutes les deux heures, redonnant un bain quand la température accuse 39°, à moins qu'il n'y ait ni agitation, ni dyspnée. On peut faire prendre jusqu'à 7 bains le premier jour ; on diminue les jours suivants, au fur et à mesure que l'amélioration se manifeste.

« Le Dr Legendre emploie souvent avec succès les bains à températures successivement moins chaudes, en commençant à 2° au-dessous de la température initiale du petit malade : 38°, par exemple, s'il est à 40°. Le premier bain est très court (cinq minutes) et a pour but d'accoutumer seulement l'enfant à être baigné ; une heure plus tard il donne un bain à 35° (dix minutes) ; deux heures après à 32° (quinze minutes) ; les suivants de trois en trois heures à 30° et même à 25° dans les cas où l'hyperthermie ne cède que très passagèrement. Il a recours aux bains à 20°, de cinq à dix minutes, seulement dans les cas plus graves.

« Les effets avantageux des bains sont le calme, la diminution de la dyspnée, le goût de l'alimentation et le sommeil. Il faut donc profiter du moment où l'enfant, retiré de l'eau, essuyé et frotté, est replacé dans son lit, pour lui faire prendre lait, bouillon ou potage, potion cordiale ; après quoi, on le laisse s'endormir. Il est important d'alimenter le malade et insister pour qu'il prenne des boissons en abondance, afin d'obtenir une bonne diurèse. On tâchera d'introduire un aliment nutritif dans ces boissons (la décoction de céréales suivant la formule de Springer, le lait et le bouillon, les sucs de fruits). Dès que l'alimentation redeviendra possible, les jaunes d'œufs délayés, les potages aux pâtes et avec de la viande hâchée, les crèmes, etc., seront utilisés. On aura soin de laver fréquemment la bouche, la gorge, les fosses nasales avec de l'eau boriquée et de l'eau alcaline, pour maintenir l'appétence, en conservant le goût et l'odorat. De temps en temps, si l'état saburral des voies digestives ou la congestion hépatique entravent l'alimentation, une dose de calomel interviendra favorablement. » (1).

II

ACTION PHYSIOLOGIQUE ET INDICATIONS.

Les enveloppements froids agissent de deux façons. La principale action est la stimulation nerveuse, par excitation des extrémités périphériques. Dans bien des pneumonies et bronchopneumonies, le mécanisme de la mort est, en effet, extrêmement complexe : en dehors de l'asphyxie progressive par obturation des bronches, il y a une action toxique exercée sur le sang d'une part et sur le système nerveux d'autre part : la dyspnée est mécanique et toxi-nerveuse, les nerfs empoisonnés ont comme une sorte de tétanos qui occasionne le spasme de tout l'arbre aérien. Or, si par le lavage du sang, on peut espérer combattre les effets toxiques sur ce milieu anatomique liquide, par une réfrigération intensive, on peut supposer que les nerfs se trouveront inhibés dans leur tétanos toxique, autrement dit que leur stimulation frigorifique combattra utilement les spasmes bronchiques qu'ils provoquent. Et, en effet, l'action du froid paraît diminuer singulièrement vite la dyspnée, augmenter la profondeur des respirations et par conséquent triompher des obstacles respiratoires. Outre cette action directe sur les nerfs thoraciques, l'enveloppement froid a une action générale indirecte sur toutes les extrémités nerveuses, stimule les glandes sécrétoires, soustrait une grande quantité de calorique, excite les centres nerveux et ramène la vitalité dans les téguments.

(1) Clinique du Dr Legendre, in *Revue de Pédiatrie* et *Bull. de Thérap.*, 1897.

La deuxième action très importante des enveloppements froids est une action de révulsion. Le froid produit la vaso-constriction brusque, l'ischémie superficielle rapide, mais cette sorte de coup de fouet est bientôt suivi d'une vaso-dilatation intense ; les vaisseaux se dilatent subitement, le sang afflue à la peau, une chaleur et une rougeur vives marquent la place d'application de la serviette froide sur le thorax ; on a, pour ainsi dire, détourné une minute l'activité de l'organisme du foyer de la maladie, le sang de la congestion des poumons a été forcé brusquement de se précipiter à la peau, c'est précisément là ce qu'on appelle la révulsion. Chaque fois que l'on renouvelle et que l'on réapplique des compresses froides, on réitère cette action révulsive assez analogue à l'action des sinapismes promenés sur différentes régions du corps.

Ainsi donc, stimulation nerveuse et révulsion, telles sont les deux principales actions des enveloppements froids du thorax sur l'organisme infecté et agonisant.

Bien entendu, comme nous le relations dans les observations de M. le Dr Klein, cette double action a besoin d'être secondée par la caféine, par l'éther ou l'huile camphrée, par les potions de Todd, quina, etc.. et l'on ne doit pas se borner aux seuls enveloppements froids pour obtenir une bonne guérison.

Quelles sont maintenant les indications et les contre-indications de la méthode des enveloppements froids ? On peut dire que toutes les pneumonies franches aiguës infectieuses, toutes les broncho-pneumonies rubéoliques, diphthériques, pneumococciques, etc., sont justiciables de cette méthode, sans exceptions ; ni l'âge (enfants, adultes, vieillards), ni le sexe, ni la température élevée ou basse, ne constituent des contre-indications ; nous dirons même plus : les complications cardiaques elles-mêmes, qui sont certainement une contre-indication aux bains froids et aux affusions froides surtout, les myocardites et endocardites, ne sont pas le moins du monde des contre-indications sérieuses au traitement par les enveloppements froids. Seule l'existence d'une pleurésie avec épanchement abondant, pourrait être assez fâcheuse et serait plutôt aggravée qu'améliorée ; il est toujours facile de diagnostiquer cette complication avec un peu d'attention.

Enfin, toutes les manifestations pneumoniques, congestives, bronchopneumoniques de la tuberculose ne sauraient être efficacement combattues par les enveloppements froids ; toutefois, il est bon d'ajouter qu'elles ne sont jamais aggravées par une application intempestive de cette méthode. En terminant, nous recommanderons encore un point important aux praticiens qui se décideraient à appliquer ce moyen héroïque. Ne prescrivez jamais l'enveloppement froid sans l'appliquer vous-même au moins deux ou trois fois en présence des garde-malades ; il est capital, en effet, que ces applications soient bien faites et que le lit du malade ne soit pas inondé d'eau froide : les compresses doivent être bien essorées, ne pas suinter de gouttelettes tout le long du corps et être bien exactement recouvertes de taffetas imperméable propre.

Dr Paul Huguenin.

REPORTAGE MÉDICAL

Les microbes de la fièvre jaune. — M. le Dr Havelburg, de Rio-de-Janeiro, vient de publier, dans un journal allemand, le résultat de ses recherches sur le microbe de la fièvre jaune, qui serait pour lui un coli-bacille. Il serait donc sur ce point en désaccord avec M. Sanarelli, dont les travaux, sur le même sujet, ont été dernièrement publiés par les *Annales de l'Institut Pasteur*.

Les hôpitaux flottants. — M. le Dr Burot, médecin de la marine, a fait connaître les excellents résultats statistiques obtenus sur le Shamrock, l'hôpital flottant qui avait été aménagé pour l'expédition de Madagascar : mortalité analogue à celles des hôpitaux de Toulon. C'est un fait qu'il est important de retenir, si la politique d'expansion coloniale nous réserve encore quelques dures conquêtes, ou des mesures graves de répression.

Missions officielles. — Par arrêté ministériel du 31 juillet dernier : M. le Dr P. Gires est chargé d'une mission dans les Etats-Unis de l'Amérique du Nord, à l'effet d'y étudier le fonctionnement des écoles dentaires.

— M. le Dr Robert Wurtz, agrégé de la Faculté de Paris, part aussi en mission. Il est chargé d'organiser un service vaccinal en Abyssinie, et d'étudier les maladies infectieuses de l'empire de Ménélick.

Bibliographie. — Nous signalons à nos confrères le *Précis de médecine légale*, du Dr Henri Coutagne (in-8°, 10 fr., Masson et Cie, Paris), qui sera très utile à tous ceux que préoccupe le rôle des médecins comme auxiliaires de la justice.

Le chapitre premier de cet important ouvrage est consacré à la médecine légale et aux expertises judiciaires ; il traite de l'organisation et de la nomination judiciaires, de la nomination et de l'attribution des médecins-experts, des opérations d'expertise, de la responsabilité des experts, des rapports, de la déposition médico-légale, des honoraires et de la taxe des médecins-experts. Le chapitre II s'occupe des devoirs et des droits du médecin, honoraires, clientèle, secret médical, responsabilité, etc. Les autres chapitres traitent : de la mort et du cadavre en général, de l'identité des taches, de l'état mental, des blessures, de l'asphyxie, des grands traumatismes, de l'empoisonnement, des questions relatives aux instincts sexuels et enfin des produits de la conception.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.193. — M. le docteur Jouve, de La Neuve-Lyre (Eure), membre du Syndicat régional de Laigle et de l'Association des médecins de l'Eure.

N° 4.194. — M. le docteur Debrigode, de Taverny (S.-et-O.), présenté par M. le docteur Barau, de Saint-Leu (S.-et-O.).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Augé, de Reuilly (Indre), et Bouyer, de Saintes (Charente-Inférieure), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 36 4 Septembre 1897



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROJET DE TARIF GÉNÉRAL MINIMUM

des honoraires médicaux.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

Quand l'idée me vint d'entreprendre un *Essai de tarif rationnel des honoraires médicaux*, ma première préoccupation fut de relire ce qu'avaient dit, à ce sujet, nos devanciers du Congrès de 1845, qui ont agité tant de questions. Et je fus atterré du sacrilège que j'allais commettre, devant ces lignes de l'éloquent rapport de M. Dechambre, qui aboutit au vote de la question préalable :

« Messieurs, si quelque chose pouvait compromettre la dignité de la profession, ce serait de livrer à tous les hasards, à toutes les vivacités imprudentes d'une discussion publique, une question de cette nature. Ce serait le spectacle d'une assemblée de médecins, d'hommes qui ont été de tout temps et qui sont encore, Dieu merci, des missionnaires de charité, imposant d'avance ceux qui pourraient avoir besoin de leurs services, et rapetissant eux-mêmes le caractère élevé de leur mission, en la faisant descendre au niveau d'un tarif légal. Ce qui pourrait nous attirer le déconsidération, ce serait précisément la cessation de cet arbitraire qui permet au médecin, suivant les temps, suivant les lieux, suivant la nature et le degré des services rendus, suivant mille autres circonstances, d'abaisser ou d'élever le prix de ses soins, et d'entretenir ainsi cet heureux équilibre qui assure de la part du riche, une rétribution honorable, et ne pèse jamais sur le pauvre. Cet équilibre, la loi ne le donnera jamais ; il a sa règle dans les délicatesses de la conscience. Ne permettons à personne, pas même à la loi, de pénétrer dans ce sanctuaire de nos sentiments intimes, de peur que la loi ne puisse être accusée quelquefois de les glacer par son froid contact.

« Voilà, Messieurs, l'impression qui s'est manifestée immédiatement au sein de la Commission. Telle a été même la décision et la vivacité de ses convictions, qu'elle m'a chargé d'émettre devant vous le vœu formel que, sur cette première partie de la question des honoraires, il soit procédé au vote sans discussion ; et, dans le cas où ce vœu ne serait pas entendu, votre rapporteur vous prie, par anticipation, de l'excuser, s'il lui arrivait de se refuser à suivre la discussion dans des voies où la dignité médicale lui paraîtrait en péril. »

On comprendra qu'après cette lecture, j'ai cédé à un instant de découragement. Comme tous mes confrères, en effet, j'ai un respect sincère pour les traditions d'honneur, pour ce qui nous reste de prestige professionnel, même pour la légende si menacée du sacerdoce médical. Il m'eût répugné de porter atteinte à la gloire de notre passé, car j'en tiens pour cette arche sainte à qui semble si bien convenir la devise de la Ville-Lumière, *fluctuat nec mergitur*.

Mais bientôt la réaction se produisit. Une longue période de réflexion fit tomber, un à un, tous mes scrupules. Je vis que les temps étaient changés, que les dogmes de 1845 avaient vieilli, que, par exemple, l'unanimité d'alors, sur l'opportunité d'un *Ordre des médecins*, n'était peut-être plus qu'une minorité aujourd'hui. Je me rappelai que, plus d'une fois, nos devanciers s'étaient élevés, dans leurs discussions, à des hauteurs si grandes, que le côté pratique des choses avait bien pu leur échapper. On ne délibère pas absolument à l'aise, devant une galerie de ministres et de pairs de France ! — Je remarquai surtout que, contrairement aux prévisions de nos anciens, les Syndicats et Sociétés médicales n'avaient rien de plus pressé, après leur constitution, que de se donner un tarif d'honoraires, ce qui prouvait bien que les meilleurs d'entre nous ne croyaient pas déchoir en faisant ce sacrifice à l'intérêt commun. J'étais donc à peu près revenu à mon projet, quand les Cézilly, les Lereboullet, et d'autres, encore, vinrent dire, dernièrement, au monde médical, à l'encontre de ce qu'avait dit Dechambre : *« Si nous voulons « échapper à la suspicion de courtages malhonnêtes, de concurrences déplacées et indélicates, ne reculons pas à rendre publics nos règlements d'honoraires. »* Il n'en fallait pas davantage pour lever toute hésitation sur la question de principe.

Ma prétention n'allait d'ailleurs pas jusqu'à la

rédaction d'un tarif *légal.* Il me semblait désirable, et possible, malgré de très grosses difficultés, de prouver que les honoraires médicaux, en général, peuvent être rationnellement fixés d'après des règles acceptables partout : cela me paraissait également suffisant. L'arbitraire, dont parlait M. Dechambre, a des avantages que l'on doit respecter et il serait facile de le faire, en déclarant que notre tarification n'est pas *rigoureusement* obligatoire, comme un texte de loi. Mais, il a aussi des inconvénients fort graves, qu'il ne semble pas impossible d'atténuer ou de supprimer. C'est lui qui couvre la concurrence dont nous déplorons les excès ; c'est lui qui provoque le mercantilisme et la déconsidération ; c'est lui qui déroute experts et magistrats, suivant que la note d'honoraires a été dressée dans telle région ou dans telle autre ; c'est lui qui fait que les tarifs des syndicats sont composés de chiffres inexplicablement variables, et, pour cette raison, inacceptés des tribunaux ; c'est lui, enfin, qui nous rend suspects à un public incapable d'apprécier nos services à leur juste valeur, et qui ne discuterait plus, s'il était éclairé. Faut-il ajouter que les administrations et les collectivités ont absolument besoin d'être renseignées sur ce même sujet, afin de mesurer l'énormité et le ridicule de leurs exigences à notre égard ? Faut-il dire encore que notre habituelle façon de faire rémunérer nos services ne cadre pas avec le caractère de ceux-ci ; que les conditions matérielles de kilomètres, de temps, etc., ne sont pas à leur place quand on les laisse passer avant les circonstances de gravité de la maladie, de dévouement ou de savoir dépensés ; qu'elles-mêmes sont mal définies, qu'en un mot, à cette heure, c'est le public incompétent qui fait les prix, en ne considérant que ce qui le frappe, tandis que nous devrions lui apprendre à payer ce qui est particulièrement caractéristique et précieux dans nos interventions ?

Tels sont les motifs qui m'ont poussé à entreprendre ce travail.

J'ai utilisé les nombreux tarifs régionaux que des confrères avaient bien voulu me fournir ; ils m'ont permis de tenir mes chiffres à peu de distance des moyennes qu'ils indiquaient. Mais, je l'avoue, je me suis surtout préoccupé d'envisager la rémunération des soins médicaux au même point de vue que les magistrats, car la jurisprudence semble avoir mieux compris que nous-mêmes l'importance de nos services.

Seulement, elle a des exigences bien naturelles.

Elle veut posséder toujours des éléments positifs d'appréciation : c'est son droit ; elle veut connaître la raison d'être de tous les chiffres portés sur nos notes ; c'est son devoir ; elle désire faire rémunérer notre savoir et notre dévouement, dans la mesure compatible avec la fortune de l'obligé ; c'est de toute justice ; elle porte une attention moins grande aux questions matérielles du métier, et refuse de nous comparer à des manœuvres ou à des loueurs de voiture. Pouvons-nous l'en blâmer ?

Si le point de vue ainsi adopté est bien choisi, je prie notamment mes confrères de suivre avec patience, jusqu'au bout, l'exposé des déductions qui en résultent. Qu'ils veuillent bien ne pas s'arrêter, au premier abord, à quelques points, où je suis en contradiction avec nos habitudes actuelles de chiffres ronds, de comptabilité sommaire, de routine sans fondement. Ils les discuteront plus utilement, après avoir examiné le bloc dans son ensemble ; ils saisiront mieux la possibilité et la portée des changements que je propose ; ils pourront même être conduits à trouver des solutions meilleures aux difficultés rencontrées.

Le Conseil de Direction du « Concours médical » a pensé que ce travail pouvait servir de base de discussion, à toutes les Sociétés qui se préoccupent de remédier à certains abus, dont il a été beaucoup question récemment, pour le plus grand dommage de notre considération professionnelle.

Je suis heureux de le livrer, sous ce précieux patronage, à la méditation de mes confrères. *Ils trouveront bien le moyen de l'amender ou de le modifier utilement, suivant les circonstances régionales, s'il leur paraît acceptable dans les grandes lignes.*

I

ÉLÉMENTS DU CALCUL DES HONORAIRES MÉDICAUX.

Les éléments qu'il faut faire entrer en ligne de compte, dans l'appréciation des honoraires médicaux sont : la situation de fortune du client, l'importance du service rendu, la réputation ou la valeur scientifique du médecin, les circonstances matérielles diverses concernant les soins donnés, heure, distance, dépenses, dérangement professionnel, temps consacré, etc...

Précisons le plus possible les données mathématiques que peut fournir chacun de ces éléments.

1° *Situation de fortune du malade.*

La clientèle payante du médecin comprend, sans entrer dans des divisions infinies :

1° L'ouvrier auquel son salaire permet de vivre et d élever sa famille, tout en faisant quelques économies bien modestes ;

2° Les personnes qui vivent avec un peu d'aisance et que ne ruineront pas plusieurs mois d'incapacité de travail ;

3° Les rentiers, commerçants importants, industriels, etc.., dont le budget peut déjà porter, d'une façon permanente, un crédit pour la maladie ;

4° Les riches qui donnent au luxe un quart ou un tiers de leurs revenus ;

5° Les millionnaires, qui dépensent sans compter pour la ruine de leur santé, et peuvent être tout aussi larges pour sa réparation, si les médecins et les tribunaux savaient leur en faire un devoir.

Mais, au-dessous de notre première catégorie, c'est-à-dire de l'ouvrier qui peut vivre, nous voulons faire place encore, par une traditionnelle compassion pour les humbles, à deux groupes intéressants : celui des ouvriers qui se montrent prévoyants en s'enrôlant dans la mutualité, et celui des pauvres qui, aux heures de la maladie, reçoivent leurs secours, de la Société pour une moitié, et du médecin pour l'autre.

Si donc nous fixons à 2 fr. le prix de la visite simple ou de la consultation au cabinet, pour la 1re catégorie, ce prix est porté à 3 fr. pour la 2e catégorie, à 4 fr. pour la 3e, à 5 fr. pour la 4e, et à 10 fr. (minimum) pour la 5e, qui ne comprend que les millionnaires.

En revanche, les mutualistes ouvriers reçoivent réduction de 25 % (ils ne payent que 1 fr. 50) et le service d'assistance médicale bénéficie

d'une remise de 50 %, large concession qui laisse, au médecin seul, la moitié des charges de l'organisation de 1893.

L'échelle de proportion, ainsi représentée par les chiffres suivants : 1, 1 1/2, 2, 3, 4, 5, 10, et consacrée à peu près partout par l'usage, semble bien susceptible d'une application générale, et, par conséquent, doit servir de base dans le tarif des honoraires médicaux, que les experts ou les tribunaux devraient consulter, et que chacun de nous est fondé à adopter.

2° *Importance du service rendu.* — A priori, la mesure de l'importance du service rendu serait donnée par le rapport entre ces deux termes : gravité de la maladie, résultat thérapeutique obtenu. Mais le dernier ne saurait évidemment entrer en ligne de compte, avec une valeur absolue, puisqu'il est des affections incurables, et que l'homme reste mortel, malgré tous les efforts de la science. Si la guérison prouve en faveur du médecin qui l'a obtenue, la mort, surtout quand il l'a pronostiquée, ne peut en rien diminuer son mérite.

Un seul élément d'appréciation reste donc debout, c'est la gravité de la maladie, mise en regard des efforts faits par nous, pour en triompher, ou en retarder l'issue fatale. Là est le critérium de l'importance du service que nous avons rendu ou voulu rendre, et il est tout naturel que les magistrats tiennent à se baser sur cette considération.

Or, si l'on veut avoir une idée juste de la gravité de la maladie, rappelons-nous que le médecin consciencieux traduit son opinion, d'une façon certaine, à ce sujet, par le nombre de visites qu'il fait chaque jour au patient, sans même attendre la sollicitation de la famille. S'il n'en fait qu'une, c'est qu'il s'agit d'une gravité moyenne : s'il en fait deux, c'est que le pronostic s'assombrit ; s'il en fait trois, concluez à l'inquiétude vive ; s'il en fait quatre, c'est que la surveillance presque constante est nécessaire, que la lutte est sans trêve.

Le meilleur moyen de lui tenir compte, en matière d'honoraires, de son dévouement, de ses efforts, de son absorbante préoccupation, n'est-il pas alors de dire : « Docteur, vous êtes venu deux fois par jour, cela vaut 1 fr. de plus par visite ; vous êtes venu trois fois, et cela vous gênait beaucoup, mettons 2 fr. de plus chaque fois, vous êtes venu quatre fois par jour, négligeant les autres et vous-même, la visite vous sera payée 3 fr. de plus ? »

L'application de cette règle, que le médecin saurait bien faire fléchir, comme toujours, en faveur des situations modestes, serait d'une justice absolue et le protégerait contre la tendance des riches à abuser de lui, et à l'accaparer, au détriment de ses autres malades et de ses intérêts les plus légitimes.

C'est pourquoi nous l'adoptons sans hésiter, avec la certitude qu'elle sera reconnue comme bien fondée.

3° *Situation scientifique du médecin.* — Les diplômes de docteur et d'officier de santé représentent le nécessaire au point de vue de la valeur professionnelle du médecin : ils satisfont la grande majorité des malades, et c'est à eux que s'appliquent les chiffres généraux d'honoraires que nous donnons dans ce tarif.

Au contraire, appeler à son chevet des hommes qui furent triés, par les concours, ou par des études spéciales, pour s'adonner aux recherches scientifiques et à l'enseignement, plutôt qu'à la pratique ordinaire de la médecine, c'est s'accorder un *luxe* que la société doit faire payer cher aux particuliers, puisqu'il est nuisible à la collectivité.

Il n'est donc pas exagéré de réclamer, pour les maîtres, que l'on enlève à leurs occupations bien déterminées, des honoraires dix fois plus forts que ceux du praticien, simple docteur ou officier de santé. Les chiffres plus haut indiqués pour la visite sans déplacement ou la consultation au cabinet, et qui servent de point de départ à notre classification seront donc ainsi modifiés en faveur des grandes notoriétés médicales :

Assistance médicale	Mutualistes ouvriers	Ouvriers et domestiques	Aisés	Rentiers	Riches	Millionnaires
10 fr.	15 fr.	20 fr.	30 fr.	40 fr.	50 fr.	100 fr.

Tant que les fonctions publiques, occupées par les grands de la profession, ne seront pas assez largement rétribuées pour qu'on ait le droit d'interdire à ceux-ci de recevoir des honoraires des particuliers, il y aura justice et nécessité à limiter, par un tarif élevé, les appels du public à leur savoir réputé.

4° *Circonstances matérielles diverses donnant droit à une rémunération spéciale.*

a. *Temps passé près d'un malade.* — La visite ou la consultation, entre lesquelles il n'y a pas de différence à faire, autre que le déplacement, peuvent durer une demi-heure. Du moment où, pour répondre à une nécessité, ou à l'exigence d'une famille, il nous faut dépasser ce temps, le séjour près du malade pourra légitimer des exigences plus élevées à moins que ces honoraires spéciaux se trouvent naturellement confondus avec eux, bien plus élevés, résultant d'une intervention ou d'une consultation avec un confrère.

b. *Visite à heure fixe.* — De la part du malade qui exige la visite à heure fixe, il y a une atteinte sérieuse portée à notre droit de régler l'emploi de notre temps pour le mieux de nos intérêts et de celui de nos malades. Il n'est pas exagéré de dire que, afin de répondre à ce désir, nous perdrons au moins une demi-heure de notre journée, et que, sans même tenir compte des autres inconvénients résultant de cette obligation, c'est rester dans la justice que de réclamer alors le *double du prix de la visite ordinaire.*

On ne voit pas qui pourrait, avec fondement, contester cette légitime rémunération.

C. *Soins donnés pendant la nuit.* — La journée du médecin semble bien pouvoir être fixée à une durée de douze heures. Ses limites naturelles sont logiquement celles-ci : sept heures du matin, après le petit déjeuner, et sept heures du soir, moment du repas de famille, après lequel il convient bien que nous appartenions à nous et aux nôtres. Personne ne la fait plus longue d'une façon obligatoire. L'ouvrier seul la fournit égale. Si donc, pour ce dernier, le travail de nuit se paye double, nous avons le droit absolu de demander l'assimilation.

En conséquence, disons que tous soins réclamés et donnés entre sept heures du soir et sept heures du matin, seront rétribués au double de

ceux du jour, à moins qu'il ne s'agisse de ces *opérations d'urgence*, justiciables d'une rémunération particulière, et imposées par le devoir d'humanité, devant lequel nous avons coutume de nous incliner ; l'accouchement par exemple.

d. *Distance à parcourir*. — La question *indemnité de déplacement* peut être convenablement tranchée, quand nous restons dans les limites de la clientèle ordinaire, par l'adoption du chiffre invariable de 0,25 centimes par kilomètre parcouru, tant au retour qu'à l'aller.

Mais, si l'on nous fait sortir de ces limites, elle doit devenir une arme de protection réciproque entre nos mains, contre les appels non fondés hors de notre rayon, et toutes exigences capricieuses du public. Celles-ci, en effet, portent un préjudice au médecin titulaire de la clientèle où se trouve le malade, si on ne l'appelle pas ; elles en portent un, également, au confrère que l'on fait venir du dehors, en l'éloignant de ses occupations ordinaires. C'est donc accorder, à l'un et à l'autre, une légitime compensation, que d'adopter, en ce cas, le chiffre de 0,50 centimes par kilomètre, le prix des soins mêmes restant soumis aux éléments de tarification plus haut indiqués.

Qu'on nous permette d'insister sur la nécessité absolue d'observer cette règle, si nous sommes vraiment, autant que nous le disons, des adversaires de la concurrence et des vilains procédés qu'elle engendre. Quiconque ne résiste pas, par ce moyen, à l'abus de l'incursion dans la clientèle de son voisin, sera toujours à juste titre, et quelles que soient les circonstances atténuantes, considéré comme suspect de mercantilisme, et perdra l'estime des médecins de sa région, dont il lèse sciemment les intérêts. Et s'il voit, quelque jour, ces confrères lésés organiser contre lui une coalition très préjudiciable, il ne sera pas fondé à crier à l'intolérance. Après avoir pris l'initiative de créer la concurrence, il doit s'attendre à en supporter le premier les coups.

II

APPLICATIONS AUX SOINS ORDINAIRES DU MÉDECIN.

Il découle des pages qui précèdent, que l'on peut traduire en chiffres rationnellement établis, les éléments constitutifs de la rémunération due à nos soins en général, et à la pratique ordinaire de la médecine.

Mais il importe de définir, aussi, le plus exactement possible, chacun de ces soins ordinaires, et de dresser alors, d'après les données précédentes, le tableau des honoraires qui s'appliquent à chacun d'eux.

A. *Visites simples*.

La visite est la consultation donnée au domicile du malade ; sans emploi d'instruments autres que ceux qui sont destinés à un examen rapide, tels que plessimètre, stéthoscope, loupe, abaisse-langue, thermomètre, montre, etc. ; sans déplacement notable ; pour des maladies légères ; pendant le jour ; à l'heure de notre choix ; et qui ne dure pas sensiblement plus d'une demi-heure. Elle peut aussi avoir pour raison d'être une constatation par écrit, qui ne met pas gravement en jeu la responsabilité du médecin, ou bien la nécessité de fournir un renseignement de notre compétence, ou encore un pansement simple.

Ainsi définie, les chiffres d'honoraires qu'elle entraîne varient d'après la situation de fortune du client et la situation scientifique du médecin, comme le montrent les deux tableaux suivants :

A. *Visite d'un docteur en médecine ou d'un officier de santé.*

Assistance médicale	Ouvriers de la mutualité	Ouvriers et assimilés	Petits asiance	Aisance	Riches	Millionnaires
1 fr.	1 fr. 50	2 fr.	3 fr.	4 fr.	5 fr.	10 fr.

B. *Visite d'un maître, d'un spécialiste, ou d'une célébrité.*

10 fr.	15 fr.	20 fr.	30 fr.	40 fr.	50 fr.	100 fr.

Ces prix fondamentaux seront modifiés par les circonstances que nous avons étudiées, de la façon suivante :

1° La gravité de la maladie, mesurée par le nombre *quotidien* de visites faites par le médecin consciencieux, spontanément ou sur demande formelle de la famille ou du patient, augmentera de 1 fr., de 2 fr., de 3 fr., le prix de chaque visite du tableau A (docteur en médecine et officier de santé), et de 10 fr., 20 fr., 30 fr., 40 fr., le prix de celle du tableau B (maîtres, spécialistes, célébrités).

Mais, afin de rester fidèles aux habitudes de philanthropie du corps médical et de laisser libre carrière à son dévouement pour les humbles, cette majoration ne s'appliquera qu'aux visites faites à des clients des trois catégories les plus fortunées.

2° Le fait que ladite visite aura été faite, soit la nuit, soit à une heure exigée par la famille, de même que la prolongation du séjour du médecin près du malade, portée, malgré lui, à une heure, entraîneront l'élévation des honoraires au double des chiffres ci-dessus indiqués.

3° Ceux-ci s'augmenteront enfin du supplément pour distance kilométrique, à 0,25 ou 0,50 centimes, suivant que le malade est, ou non, de la région de clientèle du médecin.

Exemples — 1. Un indigent, gravement malade, et habitant à 6 kilomètres du médecin, reçoit, deux fois par jour, la visite de celui-ci : l'assistance médicale payera au médecin pour chaque visite 1 fr. + 12 fois 0,25 centimes (soit 3 fr.), total 4 fr. ; et deux visites dans la journée coûteront 8 fr. seulement, puisqu'il n'est pas tenu compte ici du coefficient de gravité de la maladie.

2° Pour un mutualiste de la classe ouvrière, ce serait, dans les mêmes conditions 4 fr. 50 par visite, et 9 fr. par jour.

3° Pour une personne peu aisée, mais pouvant payer, telle que l'ouvrier qui travaille et dont l'enfant est malade, par visite 5 fr. par jour 10 fr.

4° Pour le cultivateur, petit commerçant, etc..... (en un mot la 4e catégorie) par visite 6 fr., par jour 12 fr.

5° Un rentier aisé nous fait aller trois fois par jour à son lit : il habite à 8 kilomètres, dans notre clientèle. La visite type, qui était de 4 fr. passe à 6 fr. et, avec les 4 fr. de l'indemnité, pour les 16 kilomètres parcourus chaque fois, monte au total de 10 fr. Les trois visites, qui ont absorbé presque toute la journée du médecin, et lui ont fait parcourir 48 kilomètres, représenteront 30 fr. (minimum) ce qui n'a rien d'excessif.

6° Supposons le même cas chez des riches

qui nous appellent à 12 kilomètres *dans la clientèle ordinaire d'un autre médecin.* La visite type de 5 fr. devient 7 fr. et s'augmente de 12 fr. pour 24 kilomètres, à 0,50 centimes, atteignant donc le total de 19 fr. Il nous sera payé pour les trois visites, obligeant à faire 72 kilomètres, et absorbant toute la journée, trois fois 19 fr. soit 57 fr. (minimum). Deux visites dans la journée représenteraient 2 fois 6 fr. = 12 fr. plus 24 fr. pour l'indemnité des 48 kilomètres = 36 fr. (minimum toujours quand il s'agit de ces catégories).

5° Une visite de nuit coûte le double de la visite de jour, quelle que soit l'augmentation que subit celle-ci par l'addition de l'indemnité kilométrique. Ainsi, appelés chez un cultivateur, *la nuit* à 8 *kilomètres*, nous réclamerons des honoraires de (3 + 4) × 2 = 14 fr. ; chez un *rentier ou un aisé*, à 7 kilomètres, (4 × 2) + (3.50 × 2) = 15 ; chez un *riche*, à 15 kilomètres, et *hors de la clientèle* (9 × 2) + (15 × 2) = 40 fr.

6. Si au cours d'une visite de nuit, vous êtes retenu *une heure et demie* près d'un malade, petit commerçant, habitant à 5 kilomètres, les honoraires pour ce cas se calculeront ainsi :

1° Visite de nuit (6 fr.) triplée par sa durée = 18 fr. Il s'y ajoute une indemnité de 5 fr. pour les 10 kilomètres parcourus de nuit, c'est-à-dire à 0,50 l'un. Le total est donc de 23 fr.

7. Mais nous avons dit que, si le séjour près du malade est devenu obligatoire, la nuit ou pendant un temps plus prolongé que la visite, par la pratique d'une opération d'urgence ou d'un accouchement, entraînant des honoraires notablement plus élevés que ceux étudiés jusqu'ici, il sera loisible dans certains cas de ne pas tenir compte de ces circonstances d'heure et de temps, dans l'établissement de la note. Pourquoi ? 1° Parce que leur importance devient plus secondaire ; 2° parce que le malade, dominé par l'urgence, n'a rien pu faire pour nous éviter le supplément de dérangement que les circonstances imposent, en quelque sorte, comme un devoir d'humanité.

En revanche, il sera toujours tenu compte de l'indemnité kilométrique dans le cas où le médecin appelé sort de sa clientèle. Pourquoi ? Parce qu'il y a eu possibilité pour le malade d'éviter cette dépense en appelant le confrère qui exerce dans son rayon d'une façon habituelle.

Comme on peut le voir par ces exemples, le prix d'une visite s'établit ainsi d'après des déductions logiques, faciles à appliquer, généralisables, saisissables pour tout le monde (clients, médecins, juges, taxateurs), et basées en définitive sur les principes que la justice et notre dignité sont d'accord à invoquer. Le caprice, la concurrence, l'avidité, la négligence, ne peuvent s'en accommoder. N'est-ce pas bien le but à atteindre ? Et l'expert qui se tiendra sur ce terrain pour calculer le montant d'une note ne sera-t-il pas conduit à des conclusions inattaquables ?

2. Consultations.

La consultation ne diffère de la visite que par une question de déplacement. Si celui-ci est insignifiant, il n'en faut pas tenir compte ; s'il est notable, nous en sommes indemnisés.

Au point de vue des honoraires, elle doit être rétribuée comme la visite, suivant les chiffres des tableaux A et B, quand elle ne comporte ni collaboration avec un confrère, ni examen compliqué, ni opération ou pansement minutieux, ni constatation écrite mettant sérieusement en jeu notre responsabilité.

Qu'elle soit donnée au cabinet du médecin, au domicile d'un autre malade, à la rencontre fortuite de celui qui la demande, à un tiers chargé de recueillir notre avis pour en faire profiter le patient, qu'elle soit orale ou donnée par lettre, peu importe. Sa valeur scientifique équivaut à celle de la visite, et tous les arguments donnés en faveur de sa rémunération moindre, doivent être écartés comme dépourvus de fondement sérieux.

La consultation est une visite simple dont le prix ne s'élèvera pas en considération des circonstances invoquées pour l'augmentaiton du prix de celle-ci.

Serait-on fondé à en majorer les honoraires si elle est donnée la nuit, ou bien à des heures autres que celles par nous fixées ? Ce serait souvent, dans le premier cas, manquer au devoir d'humanité et dans le second, faire preuve de peu de complaisance. Nous croyons difficile de demander à un tarif, une protection absolue et d'application obligatoire, sur ces points très particuliers.

3. Petite chirurgie.

On rapproche sous le nom d'opérations de petite chirurgie, jusque dans les traités scientifiques, une foule d'interventions manuelles, fort dissemblables, si l'on considère, même en restant sur le terrain général, l'adresse et le savoir qu'elles exigent, les conséquences heureuses ou accidentelles qui en peuvent résulter, la responsabilité qu'elles faut encourir à celui qui les pratique, etc.... C'est pourtant sous ces rapports qu'il convient de les classer, en vue de la rémunération qu'elles méritent.

A. Dans la première catégorie, qui n'ajouterait rien au prix de la visite ou de la consultation ordinaire, je proposerais de placer les suivantes :

1° Pansement très simple ;
2° Vaccination ;
3° Application de pointes de feu ;
4° Toucher vaginal ;
5° Toucher rectal ;
6° Application de cautères ;
7° Application de sangsues sur le tégument externe ;
8° Application de ventouses sèches ;
9° Mouchetures.

B. La seconde comprendrait les interventions ci-dessus, équivalent au prix de *deux* visites :

1° Injections hypodermiques ;
2° Ventouses scarifiées ;
3° Avulsion de dent, sans anesthésie ;
4° Extraction facile d'un corps étranger ;
5° Ouverture de furoncle ou d'abcès superficiel ;
6° Cathétérisme uréthral répété ;
7° Massages simples ;
8° Taxis très simple ;
9° Suture unique ;
10. Pansements répétés.

C. Dans la troisième, où l'habileté professionnelle et la responsabilité sont mises bien plus sérieusement en jeu, il me paraît logique d'indiquer une rémunération *quintuple* du prix de la

visite ordinaire, et de l'appliquer aux opérations suivantes :

1° Pansements délicats (après grandes brûlures, grands délabrements, ou grosses interventions chirurgicales).

2° Opérations de diagnostic avec instruments (ophtalmoscope, laryngoscope, spéculum, ponction exploratrice, cathétérismes divers, hystéromètre, examens bactériologiques, etc...)

3° Traitement de l'hémorrhagie, en dehors des ligatures d'artères (tamponnements, thermocautère, etc...)

4° Traitement de l'asphyxie, tractions rythmées, respiration artificielle, inhalations d'oxygène, etc...)

5° Saignée générale ;

6° Massages délicats ;

7° Séances d'électrisation ;

8° Lavages de l'estomac ;

9° Injections de sérums ;

10° Taxis sans anesthésie ;

11° Réduction de luxations par les méthodes de douceur ;

12° Ouverture de phlegmons et d'anthrax ;

13° Extraction de corps étrangers, sans grosses difficultés ;

14° Ablation de petites tumeurs sous-cutanées ;

15° Réunion par sutures multiples ;

16° Anesthésie générale thérapeutique ;

17° Fractures et luxations des doigts.

Il me paraît difficile d'allonger cette liste des interventions courantes, auxquelles un tarif fixe peut s'appliquer. En effet, toutes celles qu'il nous faudrait énumérer maintenant, se présentent avec des caractères si variables de gravité, de difficulté, de valeur des résultats prochains ou éloignés, que la rémunération qui leur est due n'est appréciable que pour chaque cas particulier. Tel paraphimosis peut se réduire d'un coup de pouce ; tel autre exigera des débridements notables ; tel autre encore, soigné trop tard, vous mettra en présence d'une gangrène. Il est des fractures de clavicule que vous verrez une fois, pour l'application d'une écharpe convenable ; il en est d'autres qui, à défaut d'une opération sanglante, amèneront la paralysie d'un bras. Je pourrais multiplier les exemples à l'infini, pour appuyer ma thèse. Je préfère conclure que, là où commencent les aléas sérieux, il convient de limiter le domaine de la petite chirurgie, car on entre alors dans celui de la grande, qui ne doit pas être, comme on le voit, du ressort exclusif des grands chirurgiens, en ce qui concerne les honoraires.

Les honoraires de petite chirurgie sont de ceux qu'il importe le plus de doubler quand les soins ont été donnés la nuit. Cette circonstance, en effet, aggrave, singulièrement, la tâche de l'opérateur, attendu que tout lui fait alors plus ou moins défaut, aides, outillage, éclairage : nos confrères de la campagne, surtout, en font, à chaque instant, la pénible expérience.

4. Accouchements.

1° L'accouchement, si *simple* qu'il soit, n'appelant même l'intervention du médecin qu'au moment de la sortie de l'enfant, n'en constitue pas moins une opération assimilable à celles de la troisième classe de la petite chirurgie, au point de vue des honoraires, et, par conséquent, devant être rétribuée comme cinq visites, faites à chacun des deux malades, mère et enfant, c'est-à-dire, comme *dix* visites. Donc, de ce seul fait, il y a lieu déjà de lui attribuer les chiffres suivants, d'après nos catégories fondamentales :

10 fr., 15 fr., 20 fr., 30 fr., 40 fr., 50 fr., 100 fr.

2° Mais, qu'une hémorrhagie se produise post-partum, il faudra y ajouter la rémunération pour le *traitement hémostatique*, qui équivaut à *cinq* visites, et les chiffres ci-dessus deviendront :

15 fr., 22 fr., 30 fr., 45 fr., 60 fr., 75 fr., 150 fr.

3° Que l'enfant soit asphyxié, et qu'il y ait à le rappeler à la vie, le *traitement de l'asphyxie*, équivalant à cinq visites également, ajoutera encore aux honoraires précédents, qui seront portés à :

20 fr., 30 fr., 40 fr., 60 fr., 100 fr., 200 fr.

4° Les opérations obstétricales courantes, forceps, version, par lesquelles le médecin substitue complètement son rôle à celui de la nature, réclament une rémunération qu'il n'est pas exagéré de fixer au triple de celle de l'accouchement simple, c'est-à-dire à :

30 fr., 45 fr., 60 fr., 90 fr., 120 fr., 150 fr., 300 fr.

5° Nous quintuplerions pour celles, beaucoup plus laborieuses, qui ne permettent que de sauver la vie de la mère, en sacrifiant l'enfant : basiotripsie, crâniotomie, détroncation, etc., etc.

50 fr., 75 fr., 100 fr., 150 fr., 200 fr., 250 fr., 500 fr.

6° Enfin, toutes les grandes interventions obstétricales, qui exigent une habileté et une pratique vraiment spéciales, symphyséotomie, opération césarienne, etc... et qui permettent souvent de sauver mère et enfant, valent certainement bien vingt fois la rémunération de l'accouchement simple, soit :

200 f., 300 f., 400 f., 600 f., 800 f., 1000 f., 2000 f.

Dans ce dernier cas, il y aura évidemment une collaboration entre médecins ; la répartition des honoraires se ferait d'après les règles indiquées au chapitre collaboration.

Mais, dans les cinq premiers, deux circonstances matérielles, le temps passé près de la parturiente, et la question de jour ou de nuit, donnent lieu à une indemnité spéciale qui s'ajoute à celles déjà inscrites : il est logique de la fixer par vacations d'une demi heure (prix de la visite), et de compter au double celles de la nuit.

Appliquons maintenant à quelques exemples les données ci-dessus, afin de bien faire saisir le calcul des honoraires à opérer dans les divers cas :

1. Un accouchement simple a exigé deux heures de présence du médecin, la nuit. Celui-ci aura droit, dans les diverses catégories de fortune, à :

10 fr. + 4 vacat. de nuit à 2 fr. l'une, soit 8 fr. = 18 fr. (Indigents et assistance médicale).

15 fr. + 4 vacat. de nuit à 3 fr. l'une, soit 12 fr. = 27 fr. (Mutualistes de la catégorie suivante).

20 fr. + 4 vacat. de nuit à 4 fr. l'une, soit 16 fr. = 36 fr. (Ouvriers, domestiques, petits employés).

30 fr. + 4 vacat. de nuit à 6 fr. l'une, soit 24 fr. = 54 fr. (Commerçants, cultivateurs, petits fonctionnaires).

40 fr. + 4 vacat. de nuit à 8 fr. l'une, soit 32 fr. = 72 fr. (Négociants, industriels, rentiers, gros fonctionnaires).

50 fr. + 4 vacat. de nuit à 10 fr. l'une, soit 40 fr. = 90 fr. (Riches).

100 fr. + 4 vacat. de nuit à 20 fr. l'une, soit 80 fr. = 180 fr. (Millionnaires).

2. J'ai consacré, pendant le jour, cinq heures,

à un accouchement, qui ne s'est terminé qu'après application de forceps : j'ai eu à lutter un quart d'heure contre l'asphyxie de l'enfant, et, d'autre part, j'ai dû intervenir contre une hémorrhagie par inertie utérine. Ma cliente est de la 4e catégorie, petite commerçante. Que dois-je lui réclamer.

1° Pour accouchement par forceps......	90 fr.
2° Pour hémostase....................	45 fr.
3° Pour traitement de l'asphyxie........	45 fr.
4° Pour la vacation de jour à 3 fr. l'une.	30 fr.
Total.	210 fr.

Quand j'aurai ajouté que le prix d'un accouchement peut encore comprendre celui de l'anesthésie générale, indiqué à la petite chirurgie, il ne nous restera aucun élément nouveau à indiquer pour le tarif de ce genre de soins.

Rappelons seulement que les visites consécutives doivent se rémunérer à part, comme celles de la pratique ordinaire.

5. Services aux collectivités.

Nous arrivons à la question dans laquelle l'utilité d'un tarif général minimum est devenue capitale.

C'est ici, en effet, que s'exerce, provoquée de toute façon, une indigne concurrence entre les médecins. Cette concurrence est notoire, humiliante et ruineuse pour tous : elle représente la plus incroyable contradiction entre notre soi-disant esprit d'indépendance et l'empressement que nous mettons à solliciter des monopoles asservissants ; elle est la plus grande source de nos discordes ; elle est aussi la plus grosse menace que puisse adresser, à notre profession, l'avenir social, vers lequel nous évoluons si vite, en cette fin de siècle.

D'un bout à l'autre du travail que je présente à mes confrères, je ne cesserai de répéter que nos honoraires doivent être, avant tout, *proportionnés aux services rendus.*

Il en résulte que nous avons à rejeter absolument tous forfaits, abonnements, monopoles, envers les collectivités qui réclament nos soins pour leurs membres. Les accepter. serait porter atteinte à la liberté de ceux-ci, pris individuellement à la nôtre, puisque nous nous lions les mains, au droit de nos confrères voisins, dont le savoir, le dévouement, le diplôme, méritent tout notre respect ; ce serait surtout nous livrer, pieds et poings liés, à toutes les exploitations qui nous guettent.

Que faire, pour éviter ces dangers, en garantissant nos intérêts ?

1° A l'Etat, aux départements, aux communes, qui peuvent, la loi en main, requérir nos services, et contre lesquels l'action syndicale nous est interdite, nous devons donner, d'un commun accord, les éléments d'appréciation qui leur permettront de nous rémunérer de façon convenable.

C'est ce que nous faisons plus haut, en inscrivant dans notre première catégorie de clients, ceux qui vivent de la charité publique, inscrits, ou non, à l'assistance médicale, et en faveur desquels nous offrons une réduction globale de 50 % sur les honoraires réclamés dus par les humbles des payants.

C'est encore ce que nous faisons, quand nous protestons contre l'insuffisance de la rétribution en matière de médecine légale, de surveillance des nourrissons ; contre l'absence de toute indemnité pour soins donnés aux gendarmes et à leurs familles ; contre la parcimonie avec laquelle on traite les médecins d'hôpitaux, les médecins des lycées, les assermentés pour le service des administrations, les médecins des épidémies et autres confrères chargés de veiller à l'hygiène publique, etc., etc...

Serons nous un jour entendus et exaucés ? En tout cas, nous avons à éclairer sans cesse respectueusement les pouvoirs publics, sur la disproportion manifeste qui existe entre ce qu'on nous demande et ce que l'on nous rend.

2° *A la Mutualité*, c'est librement, de nous-mêmes, et en tournant le dos, pour hausser les épaules, quand on formule des exigences et des conditions, que je conseille de dire avec le *Concours médical* :

« Il y a parmi vous, non des indigents, mais « des humbles, dont la prévoyance mérite l'en« couragement du philanthrope qu'est toujours « le médecin. Nous tenons à leur donner la « preuve de notre sympathie : à cet effet, nous « *leur* offrons, *à eux seuls*, la réduction globale de « 25 % sur nos honoraires, et créons, pour eux, « une place de faveur, dans notre tarif, après « celle qu'occupent les assistés de la Société où « nous vivons. C'est à prendre ou à laisser, car « nous ne vous devons rien, et nous plaignons « ceux des nôtres qui s'inclinent devant vos pré« tentions. »

3° *Aux Compagnies d'assurances-accidents*, avec le Syndicat de l'arrondissement de Versailles, avec nos confrères belges, nous n'avons qu'un langage à tenir : le voici. « Nous acceptons d'ê« tre vos experts ; ce mandat qui peut compor« ter, par sinistre, deux certificats, un déplace« ment de plusieurs kilomètres, un pansement « provisoire, et une responsabilité quelconque, « nous sera payé dix francs par accident.

« Hors de là, nous vous ignorons. Nous som« mes, pour les soins, en présence d'un ouvrier « auquel nous appliquons le tarif de sa situation « sociale (3e catégorie) ; et, pour le recouvrement « de ces honoraires, en présence de la respon« sabilité du patron, affirmée aujourd'hui par une « jurisprudence constante, en attendant qu'elle « soit consacrée par la loi française, comme elle « l'est par les lois étrangères. »

4° *Aux Compagnies d'Assurances sur la vie*, qui, dans un but de spéculation pure et simple, viennent faire appel à toute notre conscience, à toute notre sagacité, et nous demandent d'écrire, avec mille précautions respectueuses pour le secret professionnel, les réponses précises à des questions plus ou moins indiscrètes, qui nous exposent à des déboires, provenant du dépit des examinés, et entraînant souvent préjudice pécuniaire pour nous ; qui nous réclament, sur des imprimés, le nom, en toutes lettres, du genre de mort de l'assuré (révélation qui peut conduire le médecin en correctionnelle, ou le faire tomber sous le coup de l'Enregistrement parce que le timbre fait défaut), je ne vois pas que nous ayons des concessions à accorder. Clients millionnaires, qui demandent un examen aussi minutieux que celui de la consultation entre plusieurs médecins, et de plus, nous font endosser une grosse responsabilité, ces Compagnies doivent, en toute justice, payer suivant leur situation de fortune et l'importance du service rendu, c'est-à-dire,

que chaque certificat équivaut à *cinq* fois la visite chez un millionnaire, comme la consultation entre médecins, soit 50 fr.

Le jour où les médecins voudront bien suivre les grandes règles que nous venons d'indiquer, ils auront sauvé l'indépendance, dont ils sont, disent-ils, si jaloux, et supprimé ces discordes dont ils se plaignent si amèrement : car on est fort et respecté, lorsqu'on sait vouloir, et qu'on se borne à repousser tout empiètement. Aucun d'eux, j'en suis sûr, ne laisserait le voisin lui imposer une servitude, en matière de propriété, sans sa permission : il est temps de montrer cette même intolérance à l'égard de notre domaine professionnel et de notre gagne-pain. Sinon, du médecin respectable qui survit encore dans la Société actuelle, il ne restera plus, dans quelques années, qu'un trafiquant suspect, ou un agent sans dignité mettant son diplôme au service de toutes les coteries.

6. Certificats médicaux.

Un très grand nombre de nos constatations, je dirai même, d'une façon générale, toutes celles qui s'écrivent sur papier libre, après examen rapide et sans grande responsabilité, sont suffisamment rétribuées quand on leur accorde *le montant de la visite*, dont elles sont souvent l'unique objet.

On peut ranger dans cette catégorie les certificats suivants : vaccination ; mort naturelle après maladie que nous avons soignée ; aptitude à nourrir un enfant ; impossibilité de déplacement pour un malade ; capacité ou incapacité de remplir un service, ou une mission passagère ; admissibilité dans une Société de Secours mutuels, dans une Compagnie de chemins de fer, dans telle ou telle industrie ; admissibilité dans une école, un lycée, etc., ou réadmissibilité après maladie ; constatation donnant droit à un secours administratif, ou à un congé ; ou encore à une retraite ; certificats militaires, qui ne sont considérés que comme des renseignements ; certificats, pour entrée à titre payant, dans les hôpitaux, hospices, maisons de secours, etc...

Il paraît également bien conforme à l'esprit de philanthropie du médecin de ne pas demander de rétribution pour les certificats qui ressortissent au service médical d'assistance.

En revanche, il est équitable de proportionner, pour les suivants, l'indemnité, à la responsabilité encourue, aux difficultés de l'examen, aux dérangements possibles, qui en seront la conséquence.

Nous avons envisagé déjà ce que devait être cette indemnité, dans les constatations importantes réclamées par les Compagnies d'assurances sur la vie, ou contre les accidents.

Celles qui servent de point de départ à une action judiciaire, coups et blessures, sévices graves, donnant droit à indemnité pécuniaire ou au divorce, exigent une précision et une prudence très grandes, et dans l'examen et dans la rédaction du rapport. Nous n'avons, le plus souvent, à en attendre qu'ennuis et désagréments. C'est là, chose aussi délicate qu'une opération de petite chirurgie du 3e degré, et il nous paraîtrait bon d'en fixer les honoraires au même taux, c'est-à-dire à *cinq fois le montant de la visite*.

Beaucoup plus graves encore sont les conséquences d'un rapport sur l'état mental d'une personne, visant l'incapacité civile, l'impuissance à gérer ses affaires ou à tester, la nécessité ou l'utilité d'une séquestration. Nous nous trouvons, dans ce cas, en butte à tant de suspicions, qu'il est toujours prudent de réclamer la collaboration d'un confrère. Dès lors, nous sommes conduits à admettre que les honoraires dus, en cette circonstance, sont au moins les mêmes, en ce qui concerne l'examen, que ceux de la collaboration médicale, dont nous parlons plus loin ; et que la rédaction du rapport, et les conséquences de responsabilité qu'il nous crée, y ajoutant un autre élément de même valeur, ce n'est pas demander trop que de fixer la rémunération de ce genre de services, à *dix fois le prix de la visite ordinaire*, pour chacun des collaborateurs.

Il est à désirer que le public, et le corps médical lui-même, connaissent et apprécient, de plus en plus, l'importance sociale du rôle qui nous est confié, dans toutes les questions délicates que je viens de passer en revue. Le meilleur moyen, et le plus pratique, d'atteindre ce résultat, n'est-il pas de traduire cette importance, le plus exactement possible par des chiffres ?

III.

Application aux soins extraordinaires.

1. Grande chirurgie.

L'immense majorité des cas de grande chirurgie est une exception dans la vie du praticien ordinaire, et c'est pourquoi nous plaçons la grande chirurgie, prise dans son ensemble, dans le cadre des soins extraordinaires, quoique, bien souvent, le simple docteur en médecine la voie rentrer, pour une part importante dans ses occupations, par quelques cas simples.

Il semble fort difficile d'en fixer les honoraires avec la même précision que ceux des autres services envisagés jusqu'ici.

Les incidents opératoires, les complications quelconques, l'aléa des résultats, et aussi, d'autre part, les conquêtes incessantes de notre art, de ce côté, rendent toutes les prévisions à peu près chimériques.

J'estime que la valeur réelle d'une intervention chirurgicale ne peut être appréciée que quand l'opération est finie, et même, quand les conséquences se sont trouvées mises en lumière : alors seulement vous aurez la notion de la gravité de la maladie, de l'habileté déployée, et du service rendu.

C'est dire que j'avoue, sur ce point, mon incompétence à établir des chiffres, laissant ce soin aux spécialistes du bistouri, et me bornant à formuler des vœux, qui sont les suivants :

Que, pour les opérations qui ne sont pas nouvelles, les Maîtres se fassent payer très cher, afin de se réserver pour celles qui en sont encore à la période d'expérimentation et de recherches ; que, d'une façon générale, la grande chirurgie, pratiquée par les non-professeurs, soit mise à la portée de toutes les bourses ;

Qu'on ne juge de la valeur d'une opération qu'après en avoir vu les résultats éloignés, quand le malade survit ; ce qui est le seul moyen de la différencier d'une dissection à l'amphithéâtre.

2. Collaboration entre médecins ou chirurgiens.

La collaboration entre médecins soulève, au point de vue de la rémunération de chacun d'eux, des considérations très diverses, qui font varier l'importance du service rendu d'après la part de responsabilité prise, de talent ou de dévouement déployés, de dérangement causés, etc... Si l'on y ajoute, comme éléments à faire intervenir la situation de fortune du client, la situation scientifique du praticien. les circonstances d'heure, de temps passé près du malade, de rendez-vous avec les collaborateurs, de gravité de la maladie dans la plupart des cas, ou, dans quelques-uns, d'exigences provenant de la pusillanimité et du caprice du malade ou des siens, il en ressortira de suite deux conséquences. La première est que ce genre de soins est justiciable d'une rémunération beaucoup plus élevée que les soins ordinaires ; la seconde, c'est qu'il s'établit entre les collaborateurs, une solidarité intime dans le traitement, qu'il est juste de prolonger jusqu'à la répartition et au recouvrement des honoraires.

Nous avons donc à examiner ici comment les honoraires doivent être établis et répartis, et ensuite comment ils doivent être recouvrés.

A. Honoraires des collaborations.

Pour résoudre le premier point, il convient de passer en revue les diverses formes de la collaboration.

A. *Collaboration pour traitement médical.*

1er *Cas.* — La fantaisie d'une famille la pousse à réclamer l'avis d'un médecin consultant, sans que le médecin traitant l'ait demandé, et sans que, aux yeux de celui-ci, le confrère appelé, qui est comme lui, docteur ou officier de santé, se recommande par une aptitude particulière. — Les honoraires sont égaux : l'indemnité kilométrique à 0,50 centimes viendra seule élever ceux du consultant. — Et quel sera le montant de ces honoraires égaux ? Cinq fois, pour chacun, le prix d'une visite ordinaire au client de cette catégorie c'est-à-dire 5 fr., 7 fr.50, 10 fr., 15 fr., 20 fr., 25 fr., 50 fr. plus l'indemnité de distance. Pourquoi ? Parce que la visite simple est d'abord doublée par la nécessité de l'heure fixe, que le chiffre ainsi obtenu est encore doublé par le temps passé près du malade ou des siens, ce qui le porte au quadruple, et que dès lors, quintupler, n'est plus que tenir compte, dans la mesure suffisante, des examens complexes et multiples auxquels on devra se livrer.

2e *Cas.* — Pour un fait embarrassant, au point de vue du diagnostic, du pronostic, ou du traitement, le médecin traitant prend l'initiative de réclamer l'avis d'un confrère de grade scientifique égal, mais qu'il sait plus compétent que lui-même, en ce point particulier. Comme il est certain que le service rendu au malade est plus grand que dans le cas précédent, par le choix rationnel d'un consultant reconnu plus apte, il est rationnel aussi, les honoraires du traitant étant fixés comme ci-dessus, de doubler ceux du consultant, qui seront alors de 10, 15, 20, 30, 50, ou 100 fr. suivant la situation du client, et profiteront en plus de l'indemnité kilométrique, si le consultant vient du dehors de la région de clientèle.

3e *Cas.* — La collaboration se prolonge pendant plusieurs jours, soit à cause de la gravité de la maladie, soit par la volonté du client.

Chaque visite ne durant plus qu'une demi-heure, et les examens multiples ne se renouvelant pas, les honoraires du traitant deviennent, pour chaque fois, ceux de la visite à heure fixe et pour cas graves (prix triple) et ceux du consultant en sont le double, plus, s'il y a lieu, l'indemnité kilométrique.

4e *Cas.* — Le médecin consultant est un Maître, un Spécialiste, ou une Célébrité. — Nous avons dit que ses visites ordinaires doivent être tarifées dix fois plus haut que celles du simple praticien (10 fr., 15 fr., 20 fr., 30 fr., 40 fr., 50 fr., 100 fr.) — Sa part dans la collaboration devant être égalemant payée cinq fois plus que sa visite simple, il lui sera dû 50 fr., 75 fr., 100 fr., 150 fr., 200 fr., 250 fr., 500 fr., indemnité kilométrique en plus.

Mais, convient-il dans ce cas de n'attribuer au médecin traitant que les honoraires de la collaboration à grade égal ? Si ce confrère a cru devoir réclamer le secours d'un Maître, c'est que le cas était très grave et qu'il a eu la clairvoyance de s'en rendre compte : premier mérite à récompenser... L'aveu de son insuffisance relative, ou au moins du besoin de s'appuyer sur une autorité incontestée, est une preuve d'abnégation, qui appelle aussi reconnaissance. Mais il importe surtout que cet effacement voulu, cet abaissement, librement consenti, du prestige qui donnait la confiance, n'aille pas jusqu'à diminuer ou faire perdre celle-ci près du malade. L'exécution du traitement prescrit s'en ressentirait, et le bénéfice de la consultation en serait au moins très atténué. D'autre part, en disant que les soins des maîtres devaient être tarifés dix fois plus cher que ceux du praticien, nous n'avons pas voulu établir un rapport exact entre l'efficacité des uns et des autres : nous avons déclaré que nous majorions les premiers, pour créer un tarif de protection, qui laisse à la science pure ceux qui s'y sont voués, et leur interdise la concurrence, à armes inégales, sur un terrain qui est le nôtre.

C'est pourquoi, quiconque peut apprécier les rôles respectifs du médecin traitant et du Maître, que rapproche la collaboration passagère au lit d'un malade, et peut les apprécier d'une façon assez exacte pour traduire cette importance par des chiffres, ne manquera pas de conclure avec nous que

Dans le cas qui nous occupe, les honoraires du consultant étant de x, ceux du médecin traitant ne sauraient s'abaisser au-dessous du quart de cette somme, si l'on veut conserver à ce dernier le prestige, dont il a besoin près du malade, et le récompenser suivant le service rendu.

5e *Cas.* — La collaboration née dans l'exemple que nous venons d'étudier, se prolonge pour plusieurs visites.

Par analogie complète avec le troisième cas examiné, les honoraires du consultant seront, pour les entrevues subséquentes, du triple de la visite ordinaire.

Mais il sera dû au traitant, pour chaque rencontre, le quart de ce qui est attribué au consultant.

6e *Cas.* — Le médecin ordinaire d'une famille conduit à l'examen d'un confrère le malade qui l'inquiète, ou bien fait parvenir à ce confrère la *rédaction de l'observation*, avec diagnostic porté

dans le passé et traitement suivi, et sollicite son avis verbal ou par écrit.

Entre cet exemple et celui des paragraphes 2 et 4, on n'aperçoit qu'une seule différence : le consultant ne s'est pas dérangé. Conséquence : les honoraires devraient être les mêmes pour lui, à l'exclusion de l'indemnité kilométrique. Ils devraient être aussi les mêmes pour le traitant, seulement augmentés des frais de voyage, s'il accompagne le malade dans son déplacement.

Or, ceci paraît, à l'encontre des autres règles formulées jusqu'ici, n'être jamais entré dans les habitudes du corps médical, ou du moins ne plus en faire partie aujourd'hui. Et il se pourrait bien que ce manque de logique ou cette dérogation à une conduite rationnelle, fut en grande partie cause de la terrible inégalité de répartition du travail entre les médecins des grandes villes, de même que du drainage effectué par ceux-ci, parmi les malades de la province.

Expliquons-nous sur ce point, afin de donner, en passant, un exemple des heureux effets que pourrait produire l'adoption d'une réglementation uniforme des honoraires médicaux.

Supposons que Maîtres, Spécialistes vrais, et Célébrités médicales incontestables, soient restés dans leur rôle. Ils n'ouvriraient leurs cabinets qu'à des malades accompagnés de leur médecin ordinaire, ou présentés par l'observation émanant de lui. Les honoraires qui leur seraient alors dus se montant au même chiffre que dans la collaboration au lit du malade, le public qui compose la clientèle, y regarderait à deux fois avant d'accaparer leurs soins, en prenant une sommité médicale pour médecin ordinaire.

La consultation du médecin de quartier serait par conséquent plus suivie, et, par conséquent aussi, ce praticien n'en serait plus réduit à pourchasser plus ou moins directement le client, jusque bien au delà des fortifications.

Nous ne voyons donc pas bien, non plus, pourquoi les princes de la science se sont écartés de cette ligne de conduite. Celle-ci, sans rien sacrifier de leurs intérêts pécuniaires, (puisqu'une seule collaboration, régulièrement payée, vaudrait dix de leurs consultations actuelles), leur permettrait de conserver le temps et la liberté qu'ils sont tenus de consacrer aux recherches et à l'enseignement. Elle ne leur enlèverait rien non plus de la notoriété légitime qu'ils ont le droit d'ambitionner, mais les obligerait, ce qui est justice, à acquérir cette notoriété par des travaux scientifiques, par les brillants succès hospitaliers, par les découvertes qu'ils sont chargés de poursuivre. Au lieu d'agir ainsi, ils ont pratiqué la concurrence et affamé les simples praticiens. Et, par un juste retour, les voilà aujourd'hui concurrencés gravement, sur leur propre terrain, enseignement, grandes interventions chirurgicales, etc... par les confrères qu'ils ont dépossédés. Tout cela n'est pas pour le mieux dans le meilleur des mondes, car on sait trop quel tribut payent la bourse et la santé publique, à cette course au clocher, dont l'exemple est parti d'en haut.

N'est-il pas temps que les célébrités médicales que la question des honoraires a mis hors du droit chemin, y rentrent par la voie que nous indiquons ? Et n'en résulterait-il pas le plus grand bienfait pour les intérêts de ceux qui exercent à côté des maîtres, et pour la moralisation professionnelle en général ? s'il en était ainsi, nous ne regretterions pas de nous être écartés pour un instant de notre sujet, à propos des conséquences lointaines de l'inobservation de la règle qui s'impose, dans notre sixième forme de collaboration médicale. Et nous sommes convaincus que les magistrats n'hésiteraient pas à entrer dans nos vues, parce qu'elles sont aussi justes que la pratique en usage actuellement est abusive et regrettable.

B. *Collaboration pour traitement chirurgical.*

Deux points de vue doivent être adoptés, dans l'appréciation de l'importance du rôle joué, en matière chirurgicale, par les collaborateurs, et c'est de leur rapprochement que les chiffres naissent sans effort, pour s'inscrire au tableau des honoraires.

L'un consiste à envisager la marche, la gravité, la terminaison de la *maladie* qui, à un certain moment, impose l'intervention chirurgicale.

L'autre ne tient compte que du rôle de chacun dans le *drame opératoire*, donnant tout le mérite à la main qui manie le bistouri et négligeant le reste, préparation et suites.

Le public a une tendance évidente à n'adopter que le dernier, de même que, dans la collaboration médicale entre un Maître et un simple praticien, il est porté à ne considérer ce dernier que comme une quantité négligeable.

Mais si, médecin ou magistrat, on tient à récompenser chacun suivant les services rendus, le dévouement prouvé, le savoir dépensé, on s'aperçoit de suite que le mirage de la mise en scène a rejeté trop à l'arrière plan les droits du médecin traitant. Il fut ou non, à l'heure de l'intervention, un aide y tenant sa place désignée par le chirurgien (et ceci lui donne droit ou non aux honoraires d'un aide) : mais cela importe peu au fond. Ce qu'il ne faut pas oublier c'est sa tâche de médecin de la famille, avant, pendant et après l'opération.

Qui soupçonna à temps et posa même, peut être formellement ce diagnostic précoce dont dépendent la possibilité et l'utilité de l'opération ? Qui prépara le patient à cette perspective ? Qui triompha des résistances opposées à l'appel redouté du chirurgien ? Qui encouragea le malade pendant les heures d'appréhension et l'amena, résigné et convaincu, sous les vapeurs du chloroforme ? Qui raffermit l'entourage pour la bonne direction des soins ? Le médecin traitant, le médecin de famille. Et qui va reprendre ensuite la grosse responsabilité du traitement consécutif, pour supporter seul la charge, si le mal a vaincu la science, et ne bénéficier, en cas contraire, que d'un petit rayon de la gloire acquise par le chirurgien ? C'est lui, toujours lui.

Dès lors, soyons justes. Honorons le général comme il doit être honoré, mais faisons aussi une large part à son chef d'état-major, même s'il n'a pas fait le coup de feu pendant l'action.

Voilà le principe qu'il faut sans cesse avoir sous les yeux en passant rapidement en revue, dans les formes de la collaboration chirurgicale, les règles de répartition des honoraires.

1er *Cas.* — Un docteur en médecine en appelle un autre pour lui servir d'aide. Il aura à le rétribuer, ou à lui garantir rétribution, suivant l'importance du service rendu au cours de l'opération.

2e *Cas.* — Un chirurgien agira de même avec

les aides qu'il se sera procurés, quel que soit leur titre scientifique.

3e *Cas.* — Le médecin traitant qui aura sollicité le secours d'un chirurgien pour opérer un de ses malades, aura droit, en sus de la rétribution de ses soins ordinaires, à des honoraires égaux au quart de la somme réclamée par le chirurgien. S'il participe à l'opération, il sera de plus payé comme aide par le chirurgien.

4e *Cas.* — Le médecin traitant qui envoie son malade, ou l'accompagne, à la consultation d'un chirurgien, doit recevoir des honoraires représentant le quart du prix de cette consultation, envisagée comme au 6e cas de la collaboration pour traitement médical, et ses frais de voyage en plus, s'il y a lieu.

Telles sont les règles qui doivent, en toute justice, présider à la répartition des honoraires en cas de collaboration. Ces règles, peu nombreuses, comprennent tous les cas de la pratique ; mais il nous paraît difficile, disons même impossible, de les condenser en une formule unique. Ajoutons que cela serait dangereux, car, pour fondée que puisse être celle-ci dans beaucoup de circonstances, elle serait injuste dans beaucoup d'autres, et deviendrait, par conséquent, une arme à double tranchant, pour les intérêts matériels et moraux de la profession médicale.

B. *Recouvrement des honoraires.— Dichotomie.*

Il peut sembler étonnant que nous nous préoccupions, maintenant, de fixer le mode de recouvrement des honoraires en cas de collaboration. C'est pourtant bien naturel : on le comprendra quand nous aurons dit pourquoi.

Nous sommes tous suspects aujourd'hui de pratiquer, quand nous avons à nous rencontrer au lit d'un malade, une sorte de compérage incompatible avec la dignité du médecin, et basé sur le mode de partage des honoraires, laissé au libre choix de chacun. On dit que des Maîtres, et des plus haut cotés, pour l'habileté professionnelle, ont organisé, parmi les simples praticiens, un système de primes à la collaboration médicale et chirurgicale ; qu'ils se sont ainsi créé des rabatteurs, dont le public paye l'activité, et de sa santé et de sa bourse. On dit que, si cette vilaine pratique fut d'abord très exceptionnelle, l'exemple a été suivi par les rivaux des inventeurs, qui se sont considérés comme en cas de légitime défense. On dit enfin, qu'après avoir vu leur clientèle passer aux mains des rabatteurs, les praticiens se sont aperçus qu'ils ne pouvaient plus vivre que par l'emploi du même système, de telle sorte que, si, au début, les grands ont séduit les petits par des remises considérables, *faites à l'insu du client*, aujourd'hui les petits font du chantage près des grands, en leur imposant, sous menace de quarantaine, ces trafics honteux. Le choix du consultant ou de l'opérateur, par le médecin traitant, serait subordonné, non aux considérations de savoir, d'habileté, de confiance, mais à l'importance de la remise qu'ils font. Cet état de choses est désigné sous le nom de *régime de la dichotomie* : quelle que soit sa généralisation (nous ne la connaissons pas, car on se cache toujours de ces choses-là), on sait quelle déconsidération il jette sur le corps médical tout entier, atteignant les purs comme les suspects, et donnant lieu à des protestations du genre de la proposition *Michelin*.

C'est donc cet état de suspicion générale, provoqué par l'esprit mercantile de quelques-uns, que nous tenons à faire cesser.

Que faut-il pour cela ?

Que le public sache quels honoraires reviennent, d'après un tarif faisant à peu près force de loi, à chacun des collaborateurs. C'est ce que proposait M. le Dr Cézilly, dans le *Concours médical*, quand il entretint ses lecteurs de la dichotomie, pour la première fois.

Mais comment faire savoir cela au public ?

Par la production d'une note d'honoraires commune aux deux confrères, signée des deux, établissant leur solidarité dans la question de recouvrement, et donnant indication complète de la répartition des sommes (1). *Le médecin traitant recevra les fonds, donnera reçu provisoire, et, après avoir remboursé le consultant, fera tenir au client les deux quittances définitives.*

Si la dichotomie est née de la négation trop fréquente des droits du médecin traitant à une rémunération spéciale, dans les collaborations, elle n'a plus de raison d'être après affirmation de ces droits urbi et orbi. Si elle a donné lieu à des abus dans la répartition, jusqu'à créer du chantage et de la concurrence malhonnête, la détermination, en chiffre, de ce qui revient à chacun, détermination approuvée par les Sociétés médicales compétentes, fermera la porte à ces abus, ou en fera des délits justiciables du droit commun. — Enfin, si la suspicion est née de ce que le public ignorait les sommes reçues par chacun, elle serait sans excuse, et condamnable comme une diffamation, quand le recouvrement fait au grand jour, et laissant des preuves écrites, offrira toutes les garanties possibles de la bonne foi.

D'autre part, le principe de la solidarité entre collaborateurs, poussée jusqu'après le recouvrement des honoraires, aura une conséquence intéressante à signaler.

On ne verra plus, ce qui est si triste et si fréquent, le client riche, verser, sans hésitation, à un prince de la Science, qui lui consacra quelques heures, tant ou tant de billets de banque, et chicaner, jusque devant les tribunaux, sur les pièces de cent sous du pauvre praticien qui donna, sans compter, pendant des semaines, tout son savoir et son dévouement, pour récolter, en définitive, la rancune et l'hostilité.

Ce principe est d'ailleurs admis dans les autres professions libérales. C'est ensemble, solidairement, qu'avocats, avoués, notaires, réclament leurs honoraires, quand ils ont collaboré. Faut-il s'incliner devant une routine inexpliquée, plutôt que profiter des divers avantages d'une pratique éminemment recommandable ?

Nous ne le pensons pas, et c'est pourquoi nous concluons ferme à l'urgence d'adopter ces vues en matière de recouvrement des honoraires, pour collaboration médicale ou médico-chirurgicale.

Arrivé au terme de cet exposé, que mes confrères me permettent d'excuser la liberté grande que j'ai prise, en essayant de donner un coup

(1) Au cas où l'un des médecins croirait devoir faire abandon de tout ou partie de ses honoraires, (parenté, relations intimes), il doit l'indiquer sur la note, après mention de leur chiffre et réserver les droits de son collaborateur.

de pioche dans une de nos vieilles bastilles, celle de Dame Routine. Nous avons fait, depuis un siècle, d'accord avec le public, ou malgré lui, tant de révolutions dans notre thérapeutique, dans notre genre de vie, dans la façon d'exercer la médecine, dans nos moyens de locomotion, etc..., que je veux nous croire capables, aussi, de fixer désormais nos honoraires nous-mêmes, comme cela se fait dans toutes les professions. J'ai pensé qu'il y avait là une arme de plus à donner à l'esprit de solidarité, et j'ai essayé de la tremper, laissant à nos Sociétés professionnelles, qui comptent plus de dix mille médecins, le soin de l'approprier à leur usage.

A tous ceux qui veulent réellement, qui observent, qui prévoient, qui comptent, je demande instamment l'étude approfondie de l'idée lancée, une critique rigoureuse, des amendements et le reste. Et je leur laisse à penser quel énorme bénéfice donnerait sous tous les rapports, l'adoption d'un tarif uniforme d'honoraires, résultant de cette vaste collaboration professionnelle au lit de souffrance du corps médical.

Dr H. JEANNE.

A NOS CONFRÈRES

Nous avons consacré tout un numéro à l'étude de M. le *Docteur Jeanne*. Il a été tiré à un très grand nombre d'exemplaires ; il parviendra, en conséquence, à toutes les *Sociétés médicales* et, dans chacune d'elles, il se rencontrera des médecins qui voudront se présenter, aux séances, avec ce document, pour provoquer une discussion et un tarif raisonné. Ils devront également le conserver, en cas de contestation d'honoraires, même en l'absence de l'élaboration d'un tarif régional, pour le fournir, comme élément d'appréciation, à l'expert chargé de se prononcer sur leurs mémoires.

Nous voulons aussi remercier l'auteur de ce travail, qui a une valeur médicale de très haute portée. Jamais, encore, M. le Dr Jeanne ne nous avait mis à même de rendre un si grand service à nos confrères. Il fallait un esprit lucide et pondéré comme le sien, pour traduire en règles précises, faciles à modifier selon les pays et les circonstances, les méditations de plusieurs années, sur un sujet médical de si vaste portée. Désormais, c'est le *tarif du Dr Jeanne* qui deviendra la base de toutes les discussions d'honoraires. Quel plus grand service pouvait rendre notre collaborateur, aux médecins, à qui, depuis si longtemps, il donne d'éloquentes preuves de sa sagacité dans l'appréciation de toutes les questions professionnelles ! A. C.

Au moment de mettre sous presse, nous recevons la lettre suivante, d'un des membres de notre Conseil de Direction, M. le Dr Gibert, du Havre.

21 août 1897.

Mon cher ami,

Vous ne trouverez peut-être pas opportune mon intervention au sujet de la question de la *Dichotomie*, puisque depuis plus de deux ans, je ne prends presque aucune part dans les questions professionnelles. Cependant, je juge qu'elle est grave, cette question, et que ce doit être l'honneur des Syndicats de la traiter, en se mettant résolument en face des seuls et vrais principes : l'honneur professionnel et, au-dessus, la probité austère de l'homme.

On a embrouillé à plaisir, et pour une fin facile à démêler, le problème si simple des honoraires. La dichotomie n'est pas autre chose qu'une escroquerie déguisée, et c'est pourquoi, pratiquée comme elle l'est, elle conduirait notre profession à n'être plus ni respectable, ni respectée.

Même quand la dichotomie est unilatérale et paraît procéder des meilleurs sentiments, elle est répréhensible et ne peut se justifier d'aucune manière.

En 1871, un des grands chirurgiens de Paris était venu quatre fois dans ma clientèle et avait touché un chiffre assez élevé, même pour cette époque, d'honoraires comme opérateur et comme consultant.

Ce grand chef, qui m'aimait bien, ayant appris, je ne sais par quelle voie, les honoraires qui m'étaient alloués dans les familles qui l'avaient demandé, m'écrivit la lette suivante :

Mon cher ami,

J'apprends que les honoraires qu'on vous offre au Havre, dans les familles X et X sont sans rapport avec ce que vous avez fait. Veuillez me permettre de rétablir un peu l'équilibre ; ce qui sera un soulagement de conscience pour moi.

Signé X.

Inclus un billet de 500 francs.

Je répondis :

Mon cher Maître, je n'ai jamais mis dans ma poche que l'argent que j'ai gagné. Voulez-vous me dire par quel fantastique procédé l'argent qui vous appartient aurait été gagné par moi ? Les honoraires qu'on m'alloue me paraissent suffisants et ne concernent que mes clients et moi. En vous remerciant de vos bons sentiments, veuillez faire un meilleur usage du billet de 500 fr.

Dr G.

Deux ou trois ans après, un médecin de Paris (ceci rentre directement dans votre manière de voir) fait une opération sur un de mes clients. Au sortir de l'opération, il me dit : Mon cher confrère, combien voulez-vous que je mette d'honoraires pour vous sur ma note ? — *Moi* : Pardon je ne comprends pas. — *Lui* : Mais c'est bien simple, je prends vos intérêts en mains et vous fais payer ce que vous n'auriez jamais sans cela. — *Moi* : Pardon, Monsieur, je ne mange pas de ce pain-là. Mes honoraires ne regardent que moi et mon client, et je ne vous ai pas chargé de les débattre.

Entre le client d'un médecin de famille et ce médecin, nul n'a le droit ni le devoir de s'interposer, et quant au marchandage, au courtage qui se cache sous la dichotomie, c'est la fissure par où la dignité du corps médical s'est rapidement écoulée. Aujourd'hui, grâce à elle, notre profession est devenue suspecte, non sans raison. Il n'est que temps de réagir.

Avec mes cordiales salutations,

Dr GIBERT.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.195.— M. le docteur DINAN, à Vigny (S.-et-O.), membre du Syndicat des médecins de Versailles.

N° 4.196. — M. le docteur PIARD, de Rouvray (Côte-d'Or), membre de l'Association des médecins de l'arrondissement de Semur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs SERRES, de Limoux (Aude), et BART, de Steenbecque (Nord), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 37 11 Septembre 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Le Congrès de Moscou de 1897.

Pendant la mémorable visite du Président de la République à S. M. l'Empereur Nicolas II de Russie, plus de sept mille médecins et chirurgiens russes, français, suisses, hongrois, américains, suédois, anglais, espagnols, italiens et allemands se réunissaient en un magnifique Congrès scientifique international et mettaient leurs travaux, à l'unanimité, sous la protection de l'ombre du grand Pasteur. Les séances ont duré du 19 au 26 août et le nombre des communications a été si considérable qu'il nous serait impossible de chercher à en donner même une analyse. Nous nous bornerons donc à en citer quelques extraits au cours de nos prochains numéros, au fur et à mesure que nous aurons pu faire le triage des plus intéressantes pour les praticiens.

C'est le jeudi 19 août, que le Congrès s'ouvrit solennellement, sous la présidence du Grand-Duc Serge Alexandrovitch.

La bienvenue fut souhaitée aux congressistes, d'abord par le Ministre de l'Instruction publique, et ensuite par le Président effectif du Congrès, M. le professeur Sklifossowski. Le secrétaire général, M. le professeur Roth, présenta, ensuite, l'exposé de l'organisation matérielle et scientifique du Congrès ; après quoi il fut procédé à l'élection de Présidents d'honneur du comité ; ces présidents ont été :

Pour la France : MM. Lannelongue, Grasset, Le Dentu, Pinard ; pour la Suisse, MM. Kocher et Roux.

La séance d'ouverture a été ensuite consacrée à l'audition de trois conférences de M. Lauder Brunton (de Londres) sur les bienfaits de la méthode Pastorienne, de M. Lannelongue, de Paris, sur la thérapeutique générale des tuberculoses d'ordre chirurgical et plus spécialement, ostéo-articulaires, et de M. Virchow, de Berlin, sur l'évolution cellulaire.

A la suite de l'exposé du secrétaire général du Congrès, M. le professeur Roth, les présidents des comités et les délégués des gouvernements ont prononcé, chacun, une allocution. M. le professeur Lannelongue et le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz ont pris la parole au nom de la France.

Le succès du Congrès est dû au zèle infatigable du Comité organisateur et de son Comité exécutif, notamment de son Président, le professeur Sklifosowsky, du professeur Klein, de son secrétaire général le professeur Roth, et des présidents de sections. Les soins qu'ils ont mis à écarter toutes les difficultés que font surgir les réunions d'un Congrès comme celui-ci méritent toute notre reconnaissance.

M. le Pr Lannelongue a été proclamé Président d'honneur à la seconde Assemblée Générale. — M. le Pr Sklifossowsky a annoncé que Paris *était choisi comme siège du XIIIe Congrès international de Médecine* et que M. le Pr Lannelongue en était élu président et M. le Dr Chauffart, secrétaire.

Les communications suivantes ont été faites devant cette assemblée d'élite.— M. le Pr Krafft-Ebing (de Vienne) : *Ætiologie der progressiven Paralysie.*

M. le Pr Senn (de Chicago) : *The classification and surgical treatment of acute Peritonitis.*

M. le Pr Metchnikow (de Paris) : *Sur la peste.* — L'orateur a obtenu un grand succès personnel.

M. le Pr Robert (de Barcelone). — *Caractéristique de la pathologie humaine dans ses rapports avec la thérapeutique.*

Traitement du mal de Pott.

D'après M. le Dr *Bilhaut*, de Paris, le traitement du mal de Pott présente deux grandes indications fondamentales : 1° éviter l'apparition de la bosse ; 2° la corriger, si elle s'est déjà produite ;

Le traitement ne devra jamais être différé, la moindre perte de temps pouvant causer des désordres d'autant plus difficilement réparables, qu'ils sont plus étendus ;

Au début, on emploiera l'immobilisation et l'extension continue. Grâce à l'application, pendant l'allongement aussi complet que possible du tronc et de la tête, d'un corset plâtré prenant bien les hanches et se terminant par une minerve, on réalisera, à la fois, l'immobilisation et l'extension continue.

Dans les gibbosités accentuées, on tentera la réduction pendant l'anesthésie chloroformique, en procédant avec assez de mesure, assez de persévérance et de continuité dans l'effort, pour se rendre compte du degré de réductibilité.

On ne fera jamais de *redressement brusque* ; il est de beaucoup préférable de procéder par étapes successives, quand la bosse est déjà ancienne et que sa correction demande une élongation importante non seulement du rachis, mais de tous les éléments qui se trouvent dans le segment compris entre les deux points extrêmes de la gibbosité.

S'il semble nécessaire de songer à préserver la peau contre les eschares que produirait la saillie de l'épine, on aura recours à la *section sous-périostée* des apophyses épineuses ; on conservera ainsi le ligament interépineux qu'il est nécessaire de ménager.

Dans les régions difficiles à fixer, comme le cou, les lombes, chez les sujets turbulents, agités, chez les jeunes adultes, la réduction de la bosse fera l'objet d'une opération préliminaire que l'on complétera, à quelques jours d'intervalle, par la ligature métallique *temporaire* des apophyses épineuses.

Chez les adultes atteints du mal de Pott et non prédisposés par leur âge à la gibbosité en angle, on se bornera à l'immobilisation en bonne attitude.

Chez les sujets chétifs, à grosses gibbosités compliquées de lésions graves des viscères, de dégénérescence amyloïde du foie, des reins, d'abcès ossifluents avec ou sans fistules, il faut voir dans ces états autant de contre-indications formelles des manœuvres de redressement.

Le traitement sera de longue durée ; il ne devra comporter aucune interruption dans le maintien en bonne attitude et chaque appareil devra être parfaitement appliqué.

On ne permettra au malade de reprendre la marche, les exercices légers, qu'au moment où la consolidation sera assurée soit par l'ankylose de l'arc postérieur, soit par la reconstitution des corps vertébraux, avec ou sans soudure. C'est alors que la radiographie devra être utilisée ; elle pourra fournir aussi des indications très précieuses concernant la suppression définitive des appareils de contention.

L'holocaïne.

M. le Dr *P. Gires*, de Paris, a consacré sa thèse à l'étude détaillée de l'holocaïne : ce composé extrêmement complexe a été découvert par Taüber, de Berlin, en faisant des expériences sur des mélanges de phénacétine et de phénétidine.

Au point de vue chimique, cette nouvelle base est la

diéthoxelhénylediphénylamidine.

C'est donc un corps du groupe des éthénylamidines, groupe connu depuis longtemps, et qui possède des liens de parenté assez étroits avec la phénacétine (acétyle p. phénétidine).

FEUILLETON

Congé nécessaire.

Deus nobis hœc otia fecit.
(*Bucoliques.*)

Un grand nombre de médecins, surtout les emmurés de Paris, la capitale poussiéreuse et torride par excellence, ont pris la bonne habitude de s'octroyer des vacances annuelles. Dès les premières chaleurs, ils ont la nostalgie des grands horizons et des vagues lactescentes. Il n'y a que les jeunes, nouvellement installés, qui, pour divers motifs faciles à comprendre et tout en soupirant après la fraîcheur des plages et des grottes, restent attachés à la glèbe.

Des considérations majeures de budget, par exemple, peuvent expliquer cette abstention ; mais lorsque nos cadets n'ont pas à compter, je ne saurais trop les engager à déposer eux-mêmes le harnais et à changer de milieu. Ce n'est pas assez de s'évader par la pensée vers des Icaries ignorées, de se figurer, aux heures brûlantes, qu'on est devenu le compagnon des algues et des coquillages, ou d'envier le sort des huîtres et des mollusques, au fond des mers.

L'exode est indiqué *a fortiori* pour les médecins occupés, pour ceux qui sont constamment sur la brèche et ne cessent d'avoir le cerveau en ébullition. Ce sont, du reste, leurs clients, qui commencent par déserter Lutèce et son air municipal, dont aucune épithète malsonnante ne pourrait suffisamment qualifier la pestilence.

Tous ceux qui le peuvent, disent momentanément adieu à ses bouches d'égouts, à ses boues matérielles et morales, à ses relents de tout ordre, pour gagner les plaines virgiliennes, pour aller se griser d'émanations vivifiantes, de sensations alpestres.

Je ne parle pas, à dessein, des malades qui sont envoyés dans les villes d'eaux et qui, à cause de la chronicité de leurs maux, ne sont pas libres de leur choix, car, quelle que soit la station indiquée, ils auront l'avantage de profiter de la fraîcheur des bois et de l'odeur de santé qui s'en dégage.

Le public en ceci, comme en beaucoup d'autres choses, tient mieux compte des recommandations hygiéniques que ses propres conseillers. Ces derniers se réunissent généralement dans des locaux malsains, à commencer par l'académie ; ils mangent à tort et à travers, à des heures indues et ne gardent généralement pas la mesure dans la plupart de leurs actes. Ce sont leurs clients, au contraire, qui se préoccupent méticuleusement des ptomaïnes de leur table et des microbes de leurs boissons, qui composent méthodiquement leurs menus et ne consomment que de l'eau garantie stérilisée, vierge de tout germe pathogène.

C'est le monde renversé ; mais comme il ne s'agit pas d'une mode passagère, que le souci broma-

M. Taüber, du reste, la prépare en combinant des poids moléculaires de phénacétine et de phénétidine. Il se produit de l'holocaïne, avec mise en liberté d'une molécule d'eau.

L'holocaïne est une base puissante qui se présente en beaux cristaux.

Elle est insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et l'éther.

Son point de fusion est de 121°.

Elle forme avec l'acide chlorhydrique un chlorhydrate sous forme d'aiguilles cristallines, blanches, très solubles dans l'eau bouillante, peu solubles dans l'eau froide.

L'eau en effet à 15° centigrades ne contient à saturation que 2,5 parties pour 100 d'holocaïne.

Cette solution limpide a un goût légèrement amer; sa réaction est complètement neutre. Elle ne s'altère pas sous l'influence de la chaleur, même à l'ébullition.

Pourtant, il est une chose à remarquer, c'est que lorsque l'ébullition se fait dans un récipient en verre, il se produit un léger trouble. Ce trouble provient de ce que le verre légèrement attaqué, abandonne au liquide bouillant des petites quantités d'alcali qui mettent en liberté des quantités correspondantes d'holocaïne insoluble. Toutefois ces solutions ainsi troublées se clarifient bientôt, la base, mise en liberté, se déposant rapidement au fond du vase. Du reste, en filtrant la solution, on la clarifie instantanément.

Il suffit, si l'on veut stériliser sa solution, en évitant la formation de ce précipité, de la faire bouillir dans un récipient en porcelaine qui n'est jamais attaqué.

Jusqu'ici, pour tous les emplois thérapeutiques, soit en instillations, soit en injections, on a toujours employé, comme plus convenable, la solution aqueuse à 1 pour 100.

Maintenant que nous connaissons la composition et les propriétés chimiques et physiques de l'holocaïne, voici les conclusions thérapeutiques auxquelles les études de M. Gires ont abouti :

1° L'holocaïne est un bon anesthésique local.

2° Le pouvoir anesthésique local de l'holocaïne est égal à celui de la cocaïne.

3° La toxicité de l'holocaïne est égale, sinon supérieure à celui de la cocaïne.

4° La toxicité de l'holocaïne n'étant point moindre que celle de la cocaïne, mais paraissant au contraire supérieure, son emploi doit être restreint à de petites opérations.

5° L'holocaïne paraît toutefois présenter des avantages réels pour certaines opérations ophtalmologiques.

6° En stomatologie, son emploi nous paraît présenter des avantages assez sérieux pour la préférer à la cocaïne.

La zone de diffusion étant supérieure à celle de la cocaïne, son emploi paraît indiqué pour l'extraction de plusieurs dents voisines.

7° La toxicité de l'holocaïne étant au moins égale à celle de la cocaïne, il importe de prendre pour son emploi les précautions indiquées pour l'emploi de la cocaïne.

Perception de l'induration des chancres avec un seul doigt.

D'après M. le Dr *Aubert*, de Lyon, dans le journal le *Lyon médical*, le toucher avec un seul doigt permet de constater l'induration des chancres en des régions où le toucher avec deux doigts est difficile ou presqu'impossible.

Il donne un résultat sensiblement égal au toucher avec deux doigts, dans presque toutes les régions où les deux modes sont applicables.

Le toucher unidigital s'applique surtout à la femme, et chez les femmes surtout à la région vulvo-vaginale; mais il peut s'appliquer à l'homme et à d'autres régions.

Contrairement à l'opinion de Fournier, les chancres syphilitiques de la femme gardent,

---

tologique est parfaitement légitime, on peut espérer que nos confrères, après avoir fait d'excellentes ordonnances, finiront par se les appliquer et en faire leur profit.

Ce sera long, certainement ; nous sommes loin encore de l'époque où les fils d'Hippocrate mettront leurs paroles et leurs actes d'accord, où tout, dans leur intérieur, dans leur famille, dans leur personne, témoignera qu'ils sont convaincus, qu'ils attachent un grand prix aux recommandations, qu'ils font payer plus ou moins cher, selon leur notoriété.

En attendant que l'élite intellectuelle de nos compatriotes soit parvenue à obliger les médecins, sous peine de déchéance, à être des modèles de propreté, de prudence, de sobriété, de pondération, on ne saurait trop leur conseiller de se mettre périodiquement au cran de repos, de renoncer à la vie effrénée, peu rationnelle, qu'ils mènent habituellement, à l'âpre bousculade du combat où chacun cherche à conquérir honneur et fortune. Beaucoup d'entre eux, qui sont pourtant arrivés et devraient se reposer, ne savent pas se divertir, prendre un plaisir, sortir à propos, de leur courant habituel.

Aussi, qu'arrive-t-il ? C'est qu'ils dégoûtent complètement leurs rejetons de la profession et que ceux-ci, ne voyant que les mauvais côtés, trouvent plus commode de grignoter les monacos de papa, de ne rien faire, d'être des nuls, des ratés, au lieu de travailler sans trêve et avec excès comme lui. Ils tiennent à ne pas se surmener, ces nouvelles couches, précisément parce que leur auteur ne s'est pas assez ménagé.

Donc, mes chers confrères, si rien ne s'y oppose, changez d'horizon, reposez-vous, profitez de toutes les félicités qui sont à votre portée, débouchez tous les flacons de protoxyde d'azote que vous avez sous la main ; bientôt il sera trop tard, si vous laissez échapper l'occasion.

Je n'irai pas jusqu'à paraphraser la thèse, qui frise l'immoralité, de Pierre Louijs. Dans une *ascension au Venusberg*, la poétique colline de Vénus, rendue célèbre par Wagner, et « qui l'attirait comme une image, car elle était ronde comme un sein de femme et les crépuscules roses lui donnaient des teintes de chair », l'auteur soutient que l'éternité des châtiments sera uniquement réservée aux mauvais avares de la chair, ceux qui auront vécu rebelles à la grande loi de l'amour. Cet amour qu'ils auront repoussé pendant leur existence brève les suppliciera dans l'infini des peines futures.

Admettons, si vous voulez, pour ne pas contrarier M. Bérenger, qu'il s'agit là d'une thèse égrillarde et excitante, tout au plus supportable après un fin repas, lorsque les aromes combinés du moka et des havanes enveloppent les auditeurs d'une sorte de nuage pudibond et autorisent les théories les plus échevelées, les plus imprévues. Mais cette boutade perdrait peut-être ses allures paradoxales, inconvenantes, si elle était transportée sur un autre terrain, un terrain fait pour conquérir tous les suffra-

quoique moins nettement qu'en d'autres régions, leur type général, qui est une induration exactement et brusquement circonscrite à la circonférence, ce qui les fait ressembler à un corps étranger qui aurait été inséré dans l'épaisseur.

Pour les chancres de l'anneau vulvaire situés au niveau ou un peu en avant des caroncules myrtiformes, on applique, soit par la face palmaire, soit par la face unguéale, sur la muqueuse, l'index légèrement graissé ; on le dirige d'avant en arrière en déprimant faiblement cette surface ; il arrive un moment où le doigt, par son extrémité, affleure et sent le bord mince et induré ; un léger mouvement de va-et-vient multiplie cette sensation.

Pour les chancres de la fourchette et de la fosse naviculaire, il est préférable de poser la pulpe du doigt sur les parties latérales et de ramener doucement vers la commissure le doigt ainsi placé ; c'est par la partie latérale de la pulpe que l'on sent le bord induré du chancre.

Un autre procédé applicable aux chancres des grandes et petites lèvres, de l'urèthre et du vestibule, consiste à refouler directement, d'avant en arrière, avec le bout du doigt, le chancre qui est pressé contre l'arcade pubienne ; l'induration se sent aussi bien que par la pression bidigitale.

Valeur respective des différents sérums antidiphthériques.

D'après le journal *The Lancet* et la traduction qu'en donne le *Lyon médical*, la principale cause des insuccès de la sérothérapie observés en Angleterre, est que le sérum employé dans ce pays, ne contient pas le nombre d'unités antitoxiques nécessaire pour obtenir un effet thérapeutique. La Commission a examiné tous les sérums antidiphthériques qui sont en vente en Angleterre, en prenant pour base de comparaison la quantité d'unités antitoxiques contenues dans un centimètre cube de sérum, et envisageant comme normale celle de 175 unités antitoxiques par centimètre cube. Voici les résultats obtenus :

Sérum de Behring (Köcht)...	240	unités par cent. cube.
— de Bruxelles.........	200	—
— de Schering (Berlin)..	175	—
— de l'Institut britan....	70	—
— de Genève............	35	—
— de Paris..............	30	—
— de Merk.............	30	—
— de Leicester..........	20	—
— de Burrough Wellcome	10	—

On sait que, dans les cas graves de diphthérie, la dose curative nécessaire est de 1500 unités antitoxiques. Il est facile de calculer le nombre de centimètres cubes qu'il faut employer suivant qu'on a affaire à tel ou tel sérum.

Voici d'ailleurs, à propos du sérum antidiphthérique de Roux, quels sont les résultats obtenus par ce sérum à l'hôpital des Enfants malades (service de M. le Dr Sevestre) en 1897 :

Total des entrées au pavillon........	853
Décès...............................	147
Décès après 24 heures..........	99

soit une mortalité brute de 17,24 et en retirant les décès survenus dans les vingt-quatre heures, une mortalité réduite à 12,29.

Parmi ces cas, figurent des angines reconnues postérieurement non diphthériques, ce qui remet la mortalité globale à 18,56 %.

Les cas de croup ont été de 388, sur lesquels il y a eu 218 tubés qui ont donné une mortalité de 32,56 %.

M. le Dr *Marfan*, à l'occasion de cette communication de statistique à la Société médicale des hôpitaux, résume ainsi qu'il suit la conduite à tenir en présence d'une angine :

1° Une angine aiguë primitive qui, dès le début, revêt le type pseudo-membraneux doit *a priori* être considérée comme diphthérique et exige l'injection de sérum avant l'examen bactériologi-

---

ges, comme celui des beautés de la nature en fête : Vraiment, dirai-je à mon tour, à ceux qui dédaignent d'aller se rajeunir au spectacle des grands bois, des gaves torrentueux, des monts couronnés de vignes, ou de moissons, vous êtes un affreux ingrat. Vous ne méritez pas de prendre part à un régal aussi enchanteur, la houle des blés et des seigles, l'allégresse de la lumière dans les frondaisons, la gloire de l'été dans les forêts ; un châtiment s'impose. Il faut que vous soyez punis de votre indifférence : quelle horreur, préférer vos turnes empestées, cercle ou brasserie, amphithéâtre ou maisons populeuses, aux relents d'humanité, à Flore ou à Zéphyre ; c'est une indignité inadmissible.

S'il existe quelque part des dieux susceptibles, ils doivent dans leur courroux faire fondre sur votre demeure toutes les pestes et les purulences, toutes les foudres et les fléaux des temps primitifs.

A défaut de ces menaces, dont la perspective ne vous effraiera probablement pas, tant les anciens dieux de l'Olympe ont perdu de leur prestige, vous êtes au moins sûr de vous anémier, de vous amoindrir, de tomber dans les manies de ceux qui tournent sans cesse dans le même cercle, qui ne se renouvellent pas et ne changent pas au contact de ce changeant et mobile univers.

Si ce n'est pas pour vous, faites-le au moins pour les vôtres ; conservez-vous d'abord pour eux et renvoyez-les ensuite se refaire au loin, le plus loin possible, afin que votre femme et vos filles puissent vous revenir, avec une nouvelle perfectibilité physique, les yeux brillants, le sang plus riche, des roses au visage et de la neige.... ailleurs !

Leur exportation sera ainsi largement justifiée et expliquera la grande joie de l'évasion de tous les Silvio Pellico de nos administrations, qui quittent si rarement leur rond-de-cuir.

Ah ! ils ne se feraient pas prier ceux-là, s'ils avaient la facilité de lâcher les cartons verts de leur bureau pour l'abat-jour de même couleur des hautes futaies, pour les pommiers de Normandie, pour les sapins de l'Est et les pittoresques sauvageries d'une nature apaisante.

Rousseau leur a appris que rien qu'à marcher dans la campagne, au soleil ou sous des feuilles, on se mêle à la bonté des choses, on devient meilleur et plus aimant ; on se renouvelle tout entier.

La villégiature s'impose à vous comme à tous les citadins atteints de cette débilité spéciale, de cette misère physiologique, sorte de cachexie innommée et mal définie, qui les mine à la longue.

C'est ce que les boutiquiers les plus modestes, les travailleurs les plus humbles ont parfaitement compris et je ne peux pas admettre que des médecins se montrent moins soucieux de leur santé. — Il faut que vous jouissiez du ciel, du soleil, de l'air pur ; je serais presque tenté de répéter avec Tolstoï : de citoyen maladif, ennuyé, devenez rustique, retournez à la loi naturelle du travail librement choisi, du travail physique, source de l'appétit et du sommeil. Dr Grellety (de Vichy).

que. Il est, d'ailleurs, toujours utile de faire celui-ci par la suite, et même de le répéter, ce qui montrera presque toujours la nature réellement diphthérique de l'angine ;

2° Dans les angines folliculaires ou pultacées, à moins de circonstances spéciales (milieu épidémique, coexistence de laryngite) qui exigent une injection immédiate de sérum, il faut, en général, ne faire une injection de sérum que lorsque l'examen bactériologique aura démontré la nature diphthérique de l'exsudat, ce qui arrivera rarement.

Le phosphure de zinc et l'arséniate de strychnine contre le surmenage intellectuel.

Pour M. le Dr *Gaboriau*, de Paris, le surmenage intellectuel peut se résumer dans l'énumération des phénomènes suivants : — *a*) Fatigue des cellules cérébrales entraînant l'asthénie neuro-musculaire. — *b*) Hyperhémie des centres encéphaliques avec anémie des extrémités. — *c*) Troubles dyspeptiques dus à l'atonie musculaire jointe à une diminution des sécrétions du suc gastrique. — *d*) Augmentation des phénomènes de dénutrition.

Le *phosphure de zinc*, en raison de ses propriétés toni-stimulantes du système nerveux, est particulièrement indiqué contre la fatigue des cellules cérébrales. Il facilite la production du travail intellectuel et en permet l'augmentation passagère.

L'*arséniate de strychnine* — *a*) par son *action vaso-motrice* rétablit l'équilibre de la circulation ; — *b*) par l'*augmentation de la quantité du suc gastrique* et l'*excitation des mouvements du tube digestif*, combat les troubles dyspeptiques ; — *c*) par ses *propriétés toniques et stimulantes*, remédie à la fatigue cérébrale, ainsi qu'à la dépression causée par l'excès de dénutrition ; — *d*) par l'*activité des phénomènes d'élimination* contribue à débarrasser complètement l'économie des produits de désassimilation.

Ces médicaments peuvent convenir également aux trois formes de surmenage intellectuel : la forme *aiguë*, la forme *chronique* et la forme *chronique-aiguë* ; mais il faut les employer différemment dans chacun de ces cas.

Il ne faut jamais perdre de vue les dangers de l'*accumulation*.

Chez les sujets présentant une *intolérance* manifeste pour l'*arséniate de strychnine* — intolérance qui se traduit chaque fois par des crampes douloureuses de l'estomac — il faut suspendre pendant quelque temps l'emploi de ce médicament et essayer de le reprendre, car, la plupart du temps, l'intolérance n'est que passagère.

On doit de même suspendre l'emploi du *phosphure de zinc*, lorsqu'on a constaté des phénomènes d'*intolérance*: coliques, diarrhée, fièvre.

Il ne faut d'ailleurs pas oublier que l'emploi de ces deux médicaments ne constitue qu'une partie du traitement préventif du surmenage intellectuel et que l'on n'en obtiendra de bons effets qu'à la condition de lui associer les applications hygiéniques et, dans la mesure du possible, la *thérapeutique physique et mécanique*.

Lorsque l'emploi du *phosphure de zinc* et de l'*arséniate de strychnine* joint aux *applications hygiéniques* et à la *thérapeutique physique et mécanique* est impuissant à préserver des effets du surmenage intellectuel, on doit immédiatement recourir au *traitement curatif*, c'est-à-dire supprimer tout travail, changer de milieu, se retirer à la campagne ou au bord de la mer et se livrer à de saines distractions.

Nouvelle sophistication du lait.

Nous trouvons dans le *Lyon médical* le résumé d'un intéressant travail de M. G. *Denigès*, sur une nouvelle adultération du lait, qui se pratique surtout à Bordeaux. Les laitiers ajoutent au liquide une poudre rouge, que l'analyse a démontré être du chromate neutre de potasse. Les propriétés antiseptiques des chromates alcalins donnent à cette addition l'avantage de conserver le lait plus longtemps, mais celle-ci exerce une action pernicieuse sur la santé des consommateurs. La dose employée n'a pas dépassé quatre centigrammes par litre, mais cette proportion peut être augmentée par les marchands, car le chromate donne au lait une couleur légèrement jaune qui en augmente la valeur aux yeux des acheteurs.

M. Denigès indique le moyen de découvrir la fraude. On y arrive en mêlant, dans un tube, un centimètre cube de lait suspect avec parties égales d'une solution d'acétate d'argent à 1 ou 2 %. En agitant le tube, on obtient une coloration jaune ou rouge, si le liquide contient du chromate de potasse.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement du tabes.

M. le prof. *Grasset*, de Montpellier, vient de lire au Congrès international de Moscou, un rapport absolument complet et précis sur le traitement actuel du tabes dorsalis. Nous nous proposons d'en résumer les points principaux pour en faire profiter nos lecteurs.

I

NATURE DU TABES

Le tabes dorsalis, *alias* ataxie locomotrice progressive de Duchenne, est un syndrome anatomo-clinique, qui doit, le plus souvent, être rattaché à une maladie générale, la sclérose multiple disséminée.

Cliniquement, le syndrome tabes est facile à caractériser : la description magistrale de Duchenne reste entière ; tous les travaux contemporains n'ont pu que la compléter.

Les douleurs fulgurantes, la constriction thoracique, les anesthésies (plantaire, en plaques, du sens musculaire), l'abolition des réflexes rotuliens ; la fatigue rapide, l'incoordination motrice ; l'influence de l'occlusion des yeux sur la station et la marche ; les troubles urinaires ; les troubles génitaux ; les crises viscérales douloureuses ; les fourmillements le long du cubital ; les troubles oculaires (pupillaires, oculo-moteurs, visuels), les divers symptômes sensoriels; les arthropathies et autres troubles trophiques ; les symptômes bulbaires (laryngés et pharyngés).., forment un faisceau de signes, dont la réunion ou la succession, même incomplète dans

la plupart des cas, permettent de faire un diagnostic, et par conséquent suffisent à caractériser nettement un syndrome clinique spécial, distinct, que l'on ne peut confondre avec aucun autre.

Anatomiquement, la caractéristique du tabes est également très nette, au moins dans les grandes lignes.

On discute sur l'ordre de développement des lésions, on se divise encore sur l'origine endogène ou exogène des lésions spinales. Mais tout le monde admet la localisation constante de la lésion dans la totalité ou dans une partie de la région qui comprend les cordons postérieurs, les racines postérieures et les ganglions spinaux.

Dans les cordons postérieurs, la lésion se limite d'abord à la partie externe du cordon de Burdach (zones radiculaires postérieures) et souvent aussi au cordon de Goll. Plus tard, la totalité des faisceaux postérieurs est atteinte, à l'exception de quelques petits faisceaux qu'il est inutile de préciser ici.

Les racines postérieures et les ganglions spinaux sont englobés très rapidement dans la lésion ; c'est même là que, pour la plupart des auteurs, seraient le siège initial et le point de départ de l'altération totale.

Comme les cellules du ganglion spinal représentent le centre trophique des faisceaux postérieurs ou, pour parler un langage moderne, le corps cellulaire du protoneurone sensitif, de Massary a pu intituler sa thèse : « Le tabes dorsalis, dégénérescence du protoneurone centripète. »

Quant à la nature anatomique de cette altération, tout le monde admet que c'est en dernière analyse une sclérose.

Encore ici, on peut discuter sur la pathogénie, l'origine parenchymateuse ou le développement direct de cette sclérose ; mais on ne discute pas son existence. En somme, le tabes a une caractéristique anatomique aussi nette que sa caractéristique clinique.

D'ailleurs, l'examen détaillé des faits prouve que dans le tabes pris en lui-même, il y a souvent des lésions scléreuses éparses discontinues disséminées ; chez le même sujet. existent souvent d'autres syndromes anatomo-cliniques nerveux, qui correspondent à d'autres foyers disséminés de sclérose du système nerveux ; on peut trouver également chez le même sujet. diverses scléroses d'organes autres que le système nerveux (cœur, artères, foie, reins, plèvres et poumons).

Le tabes fait partie de cette maladie générale appelée sclérose multiple disséminée par Grasset, diathèse fibreuse par Debove, inflammations interstitielles polyviscérales par Bard, polysclérose viscérale, pan-sclérose par Letulle, au même titre que la sclérose rénale, la cirrhose hépatique, la sclérose pleuro-pulmonaire, la sclérose cardio-vasculaire, la sclérose gastrique la sclérose pancréatique (diabète sucré), la rétraction de l'aponévrose palmaire, le rhumatisme fibreux, la sclérose cutanée, la sclérose en plaques, etc.

Quelques mots maintenant de l'étiologie :

L'étiologie entière *de la sclérose multiple disséminée* est dominée par une notion essentielle : c'est la notion fondamentale de la *complexité étiologique*, dans tous les cas, complexité étiologique qui est aussi importante pour caractériser la maladie que la multiplicité des foyers anatomiques disséminés.

Si la sclérose multiple était, chez chacun, la conséquence et la manifestation directe d'une seule cause (alcoolisme, syphilis ou paludisme, par exemple), cette sclérose n'aurait aucun droit à exister comme maladie indépendante et autonome. Elle se confondrait avec l'alcoolisme dans un cas, avec la syphilis ou le paludisme dans un autre.

Mais il n'en est rien : dans chaque cas de sclérose multiple disséminée, *plusieurs* causes interviennent, se superposent, collaborent pour produire la maladie qui est la résultante.

C'est ainsi que la paralysie générale, la cirrhose hépatique, la sclérose gastrique ou rénale sont la conséquence de plusieurs causes réunies.

Les principales causes sclérogènes sont l'alcoolisme, la syphilis, l'arthritisme, le saturnisme, la sénilité...

En dehors de ces causes vraiment efficaces, à action directement sclérogène, les infections et les intoxications quelconques peuvent, à toutes les périodes de la maladie, déterminer dans la maladie générale une poussée nouvelle qui aggrave, par ses résidus, la sclérose multiple antérieure ; c'est ainsi qu'agiront par exemple la grippe, le tabac ou une pneumococcie accidentelle.

En ce qui concerne le tabès, proprement dit, plusieurs éléments étiologiques doivent aussi être invoqués :

Depuis les travaux de M. Fournier, confirmés par Erb et un grand nombre d'auteurs, un fait est absolument acquis : c'est l'extrême fréquence de la syphilis dans les antécédents des tabétiques. C'est à ce point que, quand on trouve chez un malade des signes de tabes bien avérés, on peut sans crainte lui demander à quelle époque il a eu la vérole.

Partant de ce fait, qui est indiscutable, doit-on aller plus loin et déclarer, comme P. Marie, que le tabes est toujours d'origine syphilitique, que le poison syphilitique est la cause unique et directe de tous les tabes ? Certainement non.

D'abord, il y a des cas, rares mais certains, dans lesquels il n'y a pas de syphilis. Puis, dans les cas où il y a de la syphilis, il y a aussi d'autres éléments étiologiques, dont on n'a pas le droit de supprimer ou de nier l'action pathogène.

Parmi ces causes extra-syphilitiques, nous trouvons d'abord l'*arthritisme*, nié ou dédaigné par beaucoup d'auteurs, mais incontestable.

L'arthritisme est difficile à définir ; c'est cependant un terme précis qui correspond, en clinique, à une maladie bien déterminée. Cette maladie, héréditaire, chronique, à manifestations variées, caractérisée surtout par le trouble de la nutrition, la tendance aux fluxions répétées et plus tard aux scléroses, a des rapports très étroits avec deux autres maladies vraies, la goutte et le rhumatisme articulaire aigu et avec une série de syndromes manifestateurs (maladies bradytrophiques de Bouchard).

Après l'arthritisme, il faut citer le paludisme, le saturnisme (Minor), l'alcoolisme, le nicotisme, l'arsénisme, toutes les infections (puerpérisme,

scarlatine, diphtérie, lèpre, pellagre), et intoxications (absinthisme).

Enfin, doivent entrer en ligne de compte, les surmenages et l'hérédité : par surmenages, il faut entendre les excès vénériens (onanisme, coït trop fréquent, coït debout), les excès de fatigue, marches, courses, trépidations de machines (mécaniciens, chauffeurs, postiers) et les traumatismes. Comme hérédité, citons l'hérédo-syphilis, l'arthritisme héréditaire et l'hérédité nerveuse.

Comme on le voit facilement, il y a d'un côté les causes de la maladie fondamentale, de l'autre les causes de la localisation médullaire de cette maladie.

Quoique cette idée de l'*étiologie complexe* du tabes ne soit pas classique, cependant, elle est proclamée par divers auteurs.

« Aucune cause, dit Belugou, ne peut être invoquée comme ayant le monopole exclusif de l'ataxie locomotrice ou comme étant un élément nécesssaire de sa production ».

II.

CURABILITÉ DU TABES. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Le tabes est-il curable ?

Pour l'anatomiste, il ne paraît pas l'être ; mais pour le clinicien il l'est ; rarement, mais il l'est.

Un fait absolument démonstratif à ce point de vue est celui d'un malade guéri par Erb, dont Schultze a publié l'observation, avec autopsie, en 1882. Ce cas est si important pour la thérapeutique générale du tabes que nous le résumons.

En 1871, un homme de 43 ans consulte Erb. Depuis deux ou trois ans, douleurs lancinantes ; depuis un an, incertitude des jambes, symptômes vésicaux commençants, engourdissement dans le cubital gauche ; influence de l'obscurité. — Aggravation progressive.

Emploi du nitrate d'argent : amélioration. En avril 1871, électrothérapie galvanique : amélioration croissante.

De 1873 à 1880 (pendant douze ans), guérison : il ne reste que l'abolition des réflexes rotuliens et un peu de paresse vésicale.

Il meurt d'accident (empoisonnement aigu), et on trouve les lésions des cordons postérieurs à la moelle lombaire et dorsale.

Il est incontestable que ce seul fait établit péremptoirement la *curabilité clinique* du tabes dans un cas, à diagnostic certain, *dont les lésions persistaient* douze ans après la guérison.

On ne connaît pas de fait plus démonstratif que celui-là pour établir l'indépendance de la guérison clinique et de la guérison anatomique.

D'ailleurs, on a cité depuis de nombreux cas de guérison (Grasset, Desnos, Jacobs, Duval, Bokai).

A plusieurs de ces faits, on reprochera peut-être de n'avoir pas été observés un temps suffisamment long, après la guérison.

Si une rechute, plus ou moins tardive, apparaissait chez certains de ces malades, il ne faudrait plus qualifier leur cas de guérison, mais de *rémission*,

Il y a, en effet, dans l'histoire du tabes, à côté des guérisons (qui restent l'exception), des rémissions (qui sont assez fréquentes), rémissions qui s'accompagnent de rétrocessions symptomatiques, souvent assez longues et assez complètes, pour avoir toutes les apparences cliniques d'une guérison.

Pour interpréter anatomiquement ces rémissions, il faut se rappeler soit la phase circulatoire des lésions médullaires, soit la curabilité des névrites qui compliquent si souvent le tabes. C'est sur la curabilité de ces névrites que certains auteurs, Pierret, Bouchard entr'autres, se basent pour justifier et diriger leur théapeutique du tabes.

Enfin, sans guérir et même sans rétrocéder d'une manière très accentuée, le tabes peut présenter des *temps d'arrêt*, remarquables par leur durée.

C'est ainsi qu'on voit certains tabes durer quinze, vingt ans et plus.

En somme, *guérison clinique*, *rémission*, *temps d'arrêt*, sont trois incidents possibles dans l'évolution du tabes.

Donc, il ne faut pas prendre au pied de la lettre l'épithète classique de progressive. Le progrès n'est ni continue, ni même nécessaire. L'ataxie n'est pas implacable et inéluctable.

La possibilité et l'existence constatée de ces trois incidents d'évolution (la guérison clinique, la rétrocession symptomatique et le temps d'arrêt), sont suffisantes pour que le clinicien ne se décourage pas devant cette hyperproduction incurable de tissu interstitiel dans la moelle.

Pour nous résumer, voici les trois buts thérapeutiques que l'on peut s'efforcer d'atteindre : *a*) guérir, améliorer ou enrayer l'état anatomique de la moelle ; *b*) rétablir les fonctions troublées de la moelle malade ; *c*) soulager les symptômes pénibles ou gênants.

III.

TRAITEMENT DU TABES

Passant maintenant aux *moyens* proposés pour remplir ces indications, nous les classerons en trois groupes : a) *Moyens s'adressant aux éléments étiologiques* (agents modificateurs des *causes* du tabes) ; b) *Moyens s'adressant aux éléments anatomiques* (agents modificateurs des *lésions* du tabes) ; c) *Moyens s'adressant aux éléments symptomatiques* (agents modificateurs des *manifestations symptomatiques*).

a) En tête des moyens qui s'adressent aux causes du tabes, se place le traitement antisyphilitique.

Le rôle étiologique de la syphilis dans le tabes peut se résumer en deux phrases : 1° la syphilis est certainement l'élément étiologique le plus fréquemment noté chez les tabétiques ; 2° la syphilis n'est que très rarement la cause unique du tabes, ce syndrome étant le plus souvent une résultante de causes multiples superposées.

De ce second principe découle cette proposition thérapeutique que le traitement spécifique n'a pas, dans le tabes, l'efficacité souveraine qu'il a contre les accidents d'origine et de nature syphilitiques, comme les gommes, par exemple, qui ont la syphilis pour cause exclusive.

Du premier principe découle cette autre proposition thérapeutique que, tout en n'étant pas spécifique et souverain, le traitement antisyphilitique doit rendre, dans certain cas, de considérables et incontestables services.

Donc, on instituera le traitement spécifique dans le tabes toutes les fois que la syphilis sera certaine dans les antécédents du sujet. Quand les traitements spécifiques antérieurs ont été insuffisants, l'obligation de traiter est plus stricte. Mais cette obligation ne disparaît pas, quoique alors moins étroite, quand les traitements spécifiques antérieurs paraissent avoir été suffisants, parce qu'on n'est jamais sûr de la chose qui est toujours fort ancienne. Et même, on fera bien d'instituer le traitement, toutes les fois que la syphilis antérieure sera probable, ou même seulement possible.

On ne s'abstiendra donc de tout essai thérapeutique dans ce sens, que si on est absolument certain de l'absence de toute syphilis antérieure.

Le traitement institué dans ce cas sera toujours le traitement mixte et, sauf intolérance constatée et persistante, devra durer trois mois.

Le mercure sera donné par la bouche : 0.05 à 0.10 centigr. de protoiodure ou de gallate de mercure, 0.005 à 0.010 milligr. de sublimé. — Il vaut mieux, en général, les frictions napolitaines avec massage sous les aisselles et les jarrets ou le long de la colonne.

On peut aussi faire des injections. Spillmann fait des injections intra-musculaires de thymo-lacétate ou de cyanure.

M. Grasset emploie habituellement l'huile grise suivant la formule de Gay.

Si on fait les frictions, qui sont le procédé de choix, sur les trois mois de traitement, on les fait à 5 reprises pendant 10 jours, suivis de 10 jours de repos.

Pendant les mêmes trois mois on donnera l'iodure de potassium à la dose quotidienne croissante de 1 à 6 gram. ou même de 8 gram. par la bouche ou en lavement.

Après ce premier traitement, la conduite variera suivant les effets obtenus.

S'il n'y a aucune espèce d'effet, ni amélioration (même légère), ni temps d'arrêt sur aucun point, *il est inutile de continuer le traitement* spécifique ou de le recommencer plus tard sous une forme quelconque.

Si au contraire, il y a un effet quelconque, qui puisse faire soupçonner une action heureuse de la médication, *il faut la continuer ou la reprendre plus tard.*

Si l'effet a été très marqué et par suite est très encourageant, ou si, l'effet étant médiocre, les traitements antisyphilitiques antérieurs ont été nettement insuffisants, on continuera sans désemparer, mais en employant la méthode des médications alternantes, successivement et alternativement par le mercure et l'iodure de potassium.

Si, au contraire, les effets sont médiocres et si les traitements spécifiques antérieurs sont suffisants, on suspendra le traitement spécifique, pour le reprendre trois mois après.

Dans la formule générale du traitement du tabes on fait alors figurer la médication spécifique deux fois par an, au printemps et à l'automne trois mois chaque fois.

A ce traitement antisyphilitique, se rattache la prescription de certaines eaux minérales, qui peuvent agir par elles-mêmes ou bien facilitent l'emploi et augmentent l'action de la thérapeutique médicamenteuse.

Ce sont les eaux éliminatrices (surtout chlorurées), les eaux sulfureuses, ou les eaux chlorurées-sulfureuses.

Toujours dans le même ordre d'idées, si l'iodure n'était absolument pas toléré, on pourrait donner les sels d'*or*, notamment le chlorure d'or et de sodium, à la dose quotidienne de 0,005 à 0,010 milligr. en solution.

Galezowski fait à la région temporale des injections hypodermiques de 0,005 à 0,015 milligr. de cyanure d'or et de potassium.

A côté de la syphilis et après elle, il faut placer l'*arthritisme* comme élément étiologique faisant, dans certains cas de tabes, indication thérapeutique.

Si l'arthritisme n'a pas, comme la syphilis, un traitement spécifique, il y a du moins des moyens de le modifier thérapeutiquement.

Tels sont : les alcalins et les iodures à doses faibles longtemps continuées dans l'arthritisme en général, les salicylates quand les origines sont rhumatismales, la lithine quand elles sont goutteuses, l'arsenic ou le soufre si les manifestations sont plutôt herpétiques.

On instituera en même temps une hygiène et un régime spéciaux : abstention de charcuterie, de gibier, de crustacés, de viande avancée, de tabac, d'alcool ; prendre beaucoup de légumes verts, légumes secs en purée, lait avec eau alcaline ; exercices au grand air, frictions sèches, bains sulfureux, eaux minérales à faible minéralisation.

Le tabétique doit éviter les excès de tous genres, notamment les excès d'alcool, de Vénus, ou de tabac. Il doit vivre à la campagne dans un climat tempéré, au plein air, loin des préoccupations des affaires, des agitations politiques ou professionnelles des grandes villes, loin des cafés, des cercles et des salles de jeu, ne se permettant qu'un travail intellectuel modéré, pour occuper son esprit et dans un sens différent du sens habituel de ses travaux.

Un point plus délicat à régler est celui des exercices du corps, marche, course, vie physique active.

Il ne faut donc pas immobiliser le tabétique comme certains neurasthéniques. Il faut le faire marcher, mais sans excès, c'est-à-dire que le tabétique ne doit pas se forcer ; il ne doit faire que ce qu'il peut sans fatigue, il doit rester en deçà de la lassitude, sauf à renouveler les séances.

En d'autres termes, il faut permettre et conseiller l'usage et l'exercice des mouvements encore possibles, mais ne jamais tolérer l'abus, le surmenage. — Le régime alimentaire et l'antisepsie gastro-intestinale sont également d'une grande utilité.

En somme, *les médications causales du tabes se résument dans ces trois principales : la médication antisyphilitique, la médication antiarthritique et l'hygiène.*

b) Moyens thérapeutiques s'adressant aux lésions elles-mêmes : 1° à la sclérose en général ; 2° à la sclérose médullaire en particulier.

Le traitement de la sclérose est toujours le même, au moins dans ses lignes principales, quel que soit le siège de la maladie. La localisation médullaire ne fait pas exception et ne modifie pas ce principe.

Le vrai médicament de la sclérose, médullaire

ou autre, reste l'*iode* sous ses différentes formes.

On peut employer les iodures alcalins (potassium ou sodium) non à dose antisyphilitique, mais à dose antiarthritique : un gramme par jour, dissous dans 30 centim. cubes d'eau, pris en deux fois au repas, dans de l'eau vineuse, du lait ou de la bière.

Si l'iodure était mal toléré (hyperémies des muqueuses oculaire et nasale ou surtout troubles gastriques), on le remplacera par la teinture d'iode : cinq à six gouttes deux fois par jour dans du lait.

Du reste, pour faciliter la tolérance des préparations iodées, on associera quelques cachets de salol et de benzonaphtol, ou de salol et de bicarbonate de soude (0.50 centigr. de chaque à tous les repas). Si la teinture d'iode donnait des douleurs d'estomac, on l'associerait, à parties égales, avec le chloroforme.

Ce traitement peut en général être continué pendant de longs mois, avec un repos de 10 jours (pour 20 jours de traitement) tous les mois.

Il est légitime de placer le *nitrate d'argent* ici, à côté de l'iode, parmi les altérants qui ont la prétention de combattre l'élément sclérose.

C'est le mémoire de Charcot et Vulpian, fait après les travaux de Wunderlich, qui a lancé ce médicament dans la thérapeutique du tabes.

On emploie surtout le nitrate d'argent cristallisé en pilules d'un centigr., en prenant pour excipient la mie de pain, qui réduit une portion du sel à l'état métallique ; une autre portion est transformée en chlorure d'argent.

Puis vient l'*ergot de seigle*, qui a une puissante action constrictive sur les vaisseaux et sur les cordons postérieurs de la moelle.

Charcot donnait volontiers matin et soir, 0.25 centigrammes d'ergot récemment pulvérisé. Cependant, ce médicament a quelques inconvénients à fortes doses. L'ergot peut nuire aux tabétiques soit en exerçant sur la moelle une action trop énergique et déprimante, soit en facilitant le développement des gangrènes.

« Il faut donc se garder des doses trop élevées et surtout trop longtemps continuées sans interruption. Si on alterne avec l'iodure, on peut adopter pour le seigle ergoté le rythme, soit de trois jours par semaine, soit de cinq jours tous les quinze jours et alors donner seulement 0 gr. 05, matin et soir le premier jour, en augmentant tous les jours de 0 gr. 05 jusqu'à 0 gr. 15 ou 0 gr. 25, *pro die*.

« L'élément indicateur de cet agent, dans la sclérose tabétique, réside surtout dans la fluxion médullaire, que l'ergot combattra, quand elle est active et quand l'ensemble du système vasculaire n'est pas trop profondément altéré.

Par conséquent, le seigle ergoté serait plutôt le médicament des poussées, aiguës ou subaiguës, dans le tabes, beaucoup moins utile dans les périodes franchement chroniques et plutôt nuisible dans les rémissions.

Enfin la question du *régime* hygiénique a une importance de premier ordre dans le traitement de la sclérose.

L'alimentation doit fournir au scléreux le moins de poisons possible : 1° parce que ces poisons sont souvent la cause et le point de départ de nouvelles poussées scléreuses ; 2° parce que la sclérose envahit souvent les organes éliminateurs ou destructeurs comme le rein ou le foie, ce qui accroît notablement la nocivité des produits toxiques développés dans le tube digestif.

Si la sclérose est limitée à la moelle, on se contentera de l'abstention du gibier et des viandes faisandées et de purgatifs périodiques.

Si la sclérose a envahi simultanément d'autres organes, il faudra faire entrer le lait pour une large part dans l'alimentation.

Enfin, si la sclérose a atteint le foie et les reins, le lait et le laitage constitueront l'alimentation exclusive,

2. Parmi les moyens s'adressant à la moelle, citons la *révulsion locale* (pointes de feu, vésicatoires, ventouses, bains de vapeur des membres inférieurs, puis affusions froides à 15°) ; dans les poussées aiguës ou subaiguës, en dehors des périodes de rémission, certains procédés électrothérapiques (pinceau faradique, galvanisation), la kinésithérapie par la gymnastique et le massage, l'élongation des nerfs (à peu près abandonnée aujourd'hui) et divers procédés d'élongation de la moelle (procédé de Chipault).

Parmi ces derniers, la *suspension*, imaginée par Motschutkowsky, d'Odessa, a eu un très gros succès au début et paraît un peu abandonnée aujourd'hui. Il faut cependant retenir que la suspension est un excellent moyen à employer dans les phases chroniques du tabes.

Les résolutifs et les révulsifs s'efforcent d'enrayer les progrès du mal ; ils combattent le processus anatomique avec d'autant plus de chance qu'il est plus récent.

La suspension, au contraire, combat les conséquences des lésions antérieures, s'efforce de réveiller les fibres troublées dans leur fonctionnement.

De plus, il faut se rappeler que, pour agir, la suspension demande à être continuée patiemment pendant un temps extrêmement long ; le succès est à ce prix.

Donc, pour résumer d'un mot : *la suspension est le traitement exclusif des phases chroniques du tabes*.

De ces mêmes considérations résultent aussi quelques conclusions pratiques.

Les contre-indications de la suspension dériveront surtout des symptômes d'acuité ou de subacuité actuelle de la maladie, des troubles cardio-vasculaires et des symptômes congestifs bulbaires ou cérébraux.

Les signes d'intolérance seront l'aggravation sérieuse ou persistante des symptômes antérieurs, l'apparition de troubles vasculaires périphériques, bulbaires ou cérébraux, une marche plus aiguë des accidents médullaires...

En fait et pour éviter tout cela, ne jamais permettre au malade de se suspendre lui-même, *ne confier la suspension d'un tabétique qu'à un médecin ou à un aide expérimenté*.

Pour terminer l'énumération des moyens qui s'adressent à la moelle, citons encore les injections de substance nerveuse et de glycérophosphates, par la méthode de Brown-Séquard.

c). Le traitement *symptomatique* peut se grouper sous cinq chefs principaux.

1° Les *douleurs fulgurantes* et les *crises viscéralgiques* sont justiciables de tous les sédatifs : opium (éviter le plus possible les injections de morphine), antipyrine, etc.

Contre les crises d'estomac, on a employé l'oxalate de cerium. L'étude du chimisme sto-

macal dans chaque cas fournira des indications complémentaires utiles.

Au même groupe appartient une série de moyens externes : révulsifs, chloroforme, eau chaude, électricité, eaux minérales sédatives.

2° A l'*amyosthénie* et à l'*asthénie*, on a opposé la médication sequardienne et la transfusion nerveuse, qui ne paraissent pas devoir être maintenues dans la thérapeutique courante du tabes.

Les toniques internes (glycérophosphates par la bouche ou en injections, sérum artificiel, arsenic, quinquina, kola) figureront utilement dans le traitement général du tabes, dans les périodes intercalaires aux périodes de traitement antisyphilitique.

Le massage, l'hydrothérapie, les eaux minérales (sulfureuses ou salées) seront indiqués si le tabes est exclusivement ou presque exclusivement moteur. Les troubles sensitifs (douleurs, hyperesthésies) contre-indiqueront plutôt ces moyens, ainsi que les poussées aiguës ou subaiguës de processus actif.

L'électricité se prête mieux à des indications diverses, parfois même opposées, à cause des nombreux modes d'application que l'on peut varier en changeant, par là même, les effets physiologiques et thérapeutiques.

3° Contre l'*ataxie*, la rééducation des muscles, suivant la méthode de Frenkel, est un récent et utile moyen : c'est la rééducation de la moelle par le cerveau ou le développement, par l'action cérébrale, d'une compensation médullaire, compatible avec la persistance de la lésion (comme dans le cas de Schultze).

Ce moyen doit être employé en dehors des poussées aiguës ou subaiguës, quand la vue, les fonctions intellectuelles et la force musculaire sont suffisamment conservées.

4° Sans parler de l'hystérie simulant le tabes et de l'association hystéro-tabétique, on peut dire que les phénomènes *névrosiques* occupent, dans la symptomatologie du tabes, une place beaucoup plus importante qu'on ne le dit généralement.

Le premier et le principal moyen pour combattre ces symptômes est la suggestion.

Au même groupe appartiennent : certaines applications électriques, l'hydrothérapie et les eaux minérales oligo-métalliques tièdes.

5° Enfin, contre les *troubles vésico-rectaux*, souvent si gênants pour le tabétique, nous possédons d'abord la strychnine, qui a été très employée et très discutée.

Divers auteurs emploient la belladone, comme pour l'incontinence nocturne des enfants soit en pilules de 0,01 ou 0,02 centigr. (Rauzier), soit en suppositoires (Ballet).

Ce dernier auteur emploie aussi l'ergot de seigle, comme Bidon emploie l'ergotine.

Contre le ténesme rectal et vésical, Tripier donne des lavements de 500 à 1.000 gram. d'eau très chaude.

Enfin Privat a nettement constaté l'efficacité des eaux de Lamalou contre ces symptômes.

Contre les *troubles oculaires*, on a tenté l'élongation du nerf optique, la suspension, les injections quotidiennes dans la région dorsale avec

Cyanure d'or et de potassium... 0,20 centigr.
Eau bouillie.................... 10 gram.

V gouttes d'abord, en augmentant d'une goutte tous les jours jusqu'à XV. Puis, on redescend à X et on remonte à XV, etc.

D'autres auteurs (Rauzier,) préfèrent le cyanure d'argent ou de platine.

La strychnine, le traitement électrique (Capriati) ont été également préconisés.

Dans les *troubles trophiques*, on connaît les divers traitements dirigés contre l'amyotrophie: courants continus, courants faradiques locaux, bains salés, massage...

Sur les arthropathies, surtout avec épanchements, Teissier fait des applications de pommade au dermatol (gallate de bismuth) ; la ponction de l'articulation montre que le bismuth est absorbé.

Les troubles trophiques ont aussi parfois motivé des interventions chirurgicales. Ainsi Tuffier et Chipault ont fait deux amputations de jambe, l'une contre un mal perforant accompagné de lésions articulaires profondes, primitives et sous-jacentes ; l'autre contre un pied tabétique accompagné de déformation irréductibles. Wolff a fait avec grand succès la résection du genou dans un cas d'arthropathie tabétique et préconise le traitement chirurgical dans les arthropathies de cause myélitique.

Pour les *troubles circulatoires*, on peut employer la belladone qui augmenta, aux moindres doses, le ptyalisme chez un malade de Tripier et réussit très bien (sous forme de 0,003 milligr. de sulfate neutre d'atropine par jour) contre une diarrhée (crise entérorrhéique) chez un tabétique de Roger.

« Putnam cite deux observations analogues de diarrhée, dans lesquelles Pierret employa avec succès des pointes de feu le long du rachis.

« Enfin, nous signalerons l'action frénatrice sur les *crises bulbaires* tabétiques de la compression du cou (pneumogastrique) signalée par Mossé et le succès de Courmont par la suspension contre les crises de spasme pharyngé de certains tabétiques. »

Dr Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Jugement qui condamne un magnétiseur.

« Nous sommes heureux d'être les premiers, grâce au Dr Richard, de Lille, à présenter au corps médical, un arrêt de justice qui, contrairement au tribunal d'Angers, condamne justement un magnétiseur.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LILLE.

Affaire Laigneaux. (Magnétisme.)

Attendu qu'aux termes de l'art. 16 de la loi du 30 novembre 1892, exerce illégalement la médecine, toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, de dentiste ou de sage-femme, prend part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire ou des accouchements sauf les cas d'urgence avérée ;

Attendu que cette disposition est absolue, qu'elle frappe par la généralité de ses termes et abstraction faite du mode de traitement pratiqué, tout exercice de l'art de guérir ; attendu qu'il résulte, de l'enquête et des débats, la preuve que depuis moins de trois ans, à Lille, Laigneaux

a annoncé au public qu'il guérissait par le magnétisme toutes les maladies incurables par la médecine, telles que tuberculose, hystérie, etc..

Que, dès sa première entrevue avec les personnes venues (deux mots illisibles) en grand nombre ou au grand jour ?) pour le consulter, il faisait indiquer par une femme endormie la nature des maladies, dont il les disait atteintes, ainsi que le nombre de séances nécessaires au traitement ;

Qu'ensuite, à chacune de ces séances, il pratiquait sur ces personnes, qu'il faisait le plus souvent déshabiller jusqu'à la ceinture, des passes magnétiques et tentait, par ce moyen, d'obtenir leur guérison ;

Qu'en agissant ainsi, il a manifestement pris part habituellement et par une direction suivie au traitement des maladies ;

Qu'à tort, se fondant sur les observations présentées à la Chambre des députés par le rapporteur de la loi de 1892, il soutient que cette loi ne s'appliquerait pas à ceux qui pratiquent l'art de guérir à l'aide du magnétisme seul ;

Attendu, en effet, que les dites observations ne peuvent prévaloir contre les termes nets et précis de la loi ;

Qu'on ne saurait, par voie de simple interprétation, ajouter au texte une distinction qu'il ne comporte pas ;

Qu'il peut d'autant moins être suppléé au silence de la loi sur ce point, que la Jurisprudence a toujours considéré, jusqu'en 1892, le traitement des maladies, à l'aide du magnétisme, comme un fait d'exercice illégal de la médecine ;

Qu'il eût suffi au législateur de modifier les termes de la loi nouvelle, pour faire cesser cette interprétation ;

Que loin d'agir ainsi, il leur a maintenu l'acception la plus étendue ;

Que les faits commis par le prévenu constituent dès lors le délit prévu et réprimé par les articles 16 et 18 de loi du 13 novembre 1892 ;

Vu les dits articles, ensemble l'article 194 du code d'instruction criminelle, qui ont été lus par le Président :

Le tribunal déclare Laigneaux (Adolphe) coupable et le condamne à cent francs d'amende.

Pour le Président :
Le vice-Président : M. MARTIN.
Substitut : M. PRUDHOMME.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Nous recevons encore, de notre confrère Richard, la communication suivante :

Un conflit entre médecins et sociétés de secours mutuels, à Lille.

Au mois de janvier 1897, une société de secours mutuels ayant brutalement révoqué de ses fonctions un de ses médecins, à la suite de propos aigres-doux échangés avec le Président de cette société, dans une question n'intéressant nullement l'honneur professionnel, les autres médecins de la société, prenant fait et cause pour leur confrère, adressèrent au Président une demande de renseignements sur cette mesure. Notification en avait été faite sans motifs à l'intéressé, refus formel d'en donner, en réponse à une demande adressée à ce sujet. Ses confrères ne furent pas plus heureux dans leur démarche et on leur répondit que « cela ne les regardait pas ».

La question fut portée devant le Syndicat, qui, après plusieurs vaines tentatives de conciliation, devant le parti pris et la mauvaise foi de la commission de la société, prit la mesure radicale qui s'imposait, de voter la rupture des relations avec le bureau de la société. Les soins furent continués aux malades, mais à titre individuel. Le préfet fut mêlé à l'affaire. « Il nous ferait marcher », aurait dit le Président. Effectivement, le Préfet, qui a horreur du rouge, auquel on fit croire que les socialistes tenteraient de mettre la main sur la société à la faveur du conflit, eut une entrevue, très courtoise d'ailleurs, avec le Président du Syndicat..... mais nous ne marchâmes pas. Un de nos confrères, homme politique, fut menacé, par le Président, employé subalterne dans un journal dont notre confrère est actionnaire, de faire opérer une campagne de presse contre nous. Enfin, on nous rapporta que la société avait mis la main sur un jeune médecin qui accepterait de se charger de tout le service.

En effet, vers la fin de juillet, la nouvelle en fut officiellement connue. Le Président du Syndicat médical, avant de porter la question devant l'assemblée, fit inutilement plusieurs démarches personnelles près de ce jeune confrère, chef d'un laboratoire à la Faculté de l'Etat, pour le mettre au courant des particularités du conflit et en garde contre l'incorrection qu'il allait commettre. Une assemblée extraordinairement convoquée décida qu'une nouvelle démarche, à la demande d'un professeur de la Faculté qui voulut bien s'en charger, serait faite près de ce confrère. Elle eut pour résultat d'amener le Dr X... à adresser au président la demande de justifier sa conduite devant l'assemblée. Dans cette nouvelle réunion, tout fut mis en œuvre pour l'arrêter dans la voie mauvaise. C'est en vain qu'un des membres de l'assemblée, que plus de 45 années d'honneur professionnel recommandent à notre estime et à notre affectueuse sympathie, tenta, dans un langage élevé, empreint d'une émotion communicative, de faire vibrer en lui les sentiments de dignité et de confraternité médicales. Devant une discussion qui se prolongeait inutilement et témoignait d'une rare inconscience relativement à la déontologie, de la part de ce confrère, un membre demanda la clôture qui fut votée aussitôt.

Et.... l'ordre du jour suivant fut accepté à l'unanimité :

Les médecins syndiqués de Lille et de la région, réunis, le 23 juillet 1897, en assemblée extraordinaire, blâment énergiquement la conduite peu digne du Dr X., qui, pour ses débuts dans la carrière médicale, a fait preuve d'un manque absolu d'esprit de solidarité confraternelle, et a fait bon marché des conseils désintéressés qui lui ont été donnés par ses membres les plus qualifiés.

Tous ces médecins décident de cesser tout rapport avec lui, ne pouvant considérer comme un confrère celui qui se sépare d'une façon aussi

peu correcte des principes admis en déontologie.

Cette délibération sera inscrite au procès-verbal, communiquée à tous les membres syndiqués et relue à toutes les assemblées générales.

REPORTAGE MÉDICAL

L'ordre des médecins. — Le Conseil d'administration de l'Union des Syndicats médicaux de France adresse aux Syndicats adhérents la circulaire suivante :

Monsieur et très honoré Confrère,

Le Conseil d'Administration de l'Union a l'honneur de vous rappeler que la dernière Assemblée générale a, sur la proposition de M. le Dr Lasalle, mis à l'unanimité, à l'ordre du jour, le Projet de création d'un Ordre de Médecins.

Vous êtes prié de bien vouloir provoquer, dans une réunion prochaine de votre Syndicat, une discussion approfondie à ce sujet, et de nous adresser, après vote des membres de votre Association Syndicale, les réponses aux questions suivantes :

1° Votre Syndicat est-il d'avis qu'il est nécessaire d'organiser le Corps médical en créant un Ordre, des Collèges ou des Chambres médicales ?

2° Si oui : exposez brièvement les grandes lignes de l'organisation que votre Syndicat désirerait ?

3° Si non : énumérez les arguments qui vous font rejeter ce projet d'organisation ?

Le Conseil croit devoir vous rappeler, très honoré Confrère, que le projet publié dans le *Bulletin officiel* est non un projet définitif, mais bien une sorte de cadre, destiné à servir de trame à une discussion approfondie. En vous priant, très honoré Confrère, de bien vouloir faire parvenir au plus tôt les réponses de votre Syndicat à notre Secrétaire général, le Conseil d'administration vous prie d'agréer l'assurance de ses sentiments confraternels les meilleurs et les plus dévoués.

Pour le Conseil d'Administration,
Le Secrétaire général,
J. Noir.

— *L'Assistance dans le Loiret.* — D'un discours de M. Cochery, au Conseil général du Loiret, nous extrayons ce qui suit: « Dans les quelques paroles que je vous adressais l'année dernière, au début de la session, j'attestais combien le Conseil général s'attache à développer l'*Assistance*. Les rapports de nos inspecteurs spéciaux annexés au rapport de M. le Préfet présentent le plus grand intérêt et sont de nature à nous donner toute satisfaction. Ils montrent que dans le Loiret la loi sur les enfants moralement abandonnés a reçu sa pleine exécution d'humanité et de préservation sociale. En outre, la mortalité des enfants nouveau-nés a sensiblement diminué et diminuera encore, pourvu qu'on se soumette à nos règlements. Enfin, nous ne laissons pas faiblir l'application de notre assistance médicale gratuite, confiée au dévouement de nos médecins, sur lesquels nous sommes en droit de compter. »

(*Progrès médical.*)

— *L'Assistance médicale gratuite en Loire-Inférieure.* — M. de la Morandière, à la dernière séance du Conseil général de la Loire-Inférieure, a fait un rapport sur le service de l'Assistance médicale gratuite et pharmaceutique dans le département. Le rapport de M. le préfet révèle une circonstance fâcheuse. Les mémoires s'élèvent à 47.778 fr., en augmentation de 2,000 fr. et les ressources à 33.760 fr. en diminution sur l'année précédente. C'est un déficit de 14.000 fr. qui peut provenir de mauvaise volonté ou de lassitude qui, si la situation continue, fera regretter l'application de la loi de 1893 que le Conseil générale a combattue. La réduction proportionnelle, qui était de 6 % en 1893, atteint en 1896 le chiffre de 39 1/2 %. La loi de 1893 est mal interprétée. On comprend dans le nombre des assistés des malades provenant des centres ouvriers et malades quelquefois par suite d'accidents. Il espère que dans l'avenir les maires, respectant l'idée de la loi, se conformeront à la nouvelle réglementation et arriveront à une diminution de dépenses. En tout cas, il convient de laisser continuer l'expérience de 1897. D'après M. le préfet, cela est d'autant plus utile que dans la circonstance présente, la diminution proportionnelle de 39 % pourrait être réduite à 27 %. En tout cas, il serait utile que les médecins et les maires prissent bonne note du rapport de M. de la Morandière. Les conclusions tendant au vote du crédit ont été adoptées.

(*Progrès médical.*)

— La majorité des *Alpinistes* est d'avis de s'abstenir d'alcool, en cas d'ascension, même le jour qui la précède.

— Les *Pigeons* ramiers jouiraient d'une grande longévité ; un observateur anglais en a possédé un pendant 18 ans. Un pigeon du Japon aurait fourni un couple remarquable ; la femelle morte à 33 ans, le mâle serait encore vivant.

— On a employé le *sérum Nocard* sur 2.300 animaux qui devaient subir une opération ; *pas un n'a pris le tétanos*. Sur 400 animaux qui avaient été victimes d'un traumatisme accidentel : clou de rue, morsures, blessures diverses, et avaient reçu le sérum de 1 à 4 jours et plus après l'accident, *pas un non plus n'a succombé au tétanos*, même dans des pays où en observe fréquemment cette maladie. On pourrait donc conclure que la sérothérapie est d'une efficacité absolue.

— Le *Congrès de Moscou* a été inauguré par plus de sept mille médecins, et le Comité français a délivré plus de quatre cents cartes. Les orateurs inscrits étaient très nombreux ; on a dû tirer au sort les places pour la séance générale. Il ne semble pas que l'organisation du Congrès soit à donner en exemple ; elle a présenté de nombreuses lacunes, malgré l'affluence des médecins et la sollicitude des organisateurs.

— Le Sénat Académique de Cambridge à une grande majorité, 1.700 contre 600, vient de refuser, aux femmes, le droit de prendre leurs degrés universitaires. Les étudiants anglais ont célébré leur victoire par un feu d'artifice, chants, danses, etc... Peu galants et fort jaloux du droit du biceps, les jeunes Anglais !

Mais pour la médecine, les jeunes Anglaises peuvent faire leurs études et obtenir leurs diplômes dans presque toutes les Universités et écoles du Royaume-Uni. Elles ont dans les principales villes des écoles qui leur sont spéciales.

Il y avait, en Allemagne, 24.000 médecins en 1895 ; 34 mille en Angleterre. Nous allons atteindre rapidement ces chiffres excessifs.

— *Sanatoria.* — On fonde un Sanatorium algérien à *Kouba*, près d'*Alger*. Le Dr Sabourin, qui a échoué dans son désir de compléter l'installation du Canigou, va ouvrir un établissement à *Durtol*, à 4 kil. de *Clermont-Ferrand*.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur *Théry*, de Combles (Somme), membre du Concours Médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 38 18 Septembre 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La caisse des Veuves et des orphelins.

La correspondance nombreuse, que nous recevons, des membres de l'Association amicale, soulève de temps à autre des questions qui, pour être étrangères à l'Association, n'en présentent pas moins un très grand intérêt.

C'est ainsi que, dernièrement, un confrère nous demandait quel nombre d'adhésions à la Caisse des Veuves avait été enregistré et qu'un autre demandait aussi, pourquoi nous ne commencions pas immédiatement, ajoutant que nombre de médecins attendaient que la Caisse fonctionnât pour envoyer leur adhésion.

Cette double question montre bien l'état d'esprit d'un grand nombre de médecins Français : ils adoptent d'une manière générale une idée qu'ils trouvent juste, mais ils attendent pour aller plus loin et se gardent, par-dessus tout, de faire acte d'initiative ; il faut que d'autres fassent ce qu'ils n'osent faire; eux, suivront le mouvement plus ou moins vite.

Depuis le mois de janvier 1897, la Caisse des Veuves, dont le *Concours médical* a publié l'organisation générale, est prête à fonctionner, mais il faut ajourner, parce que le nombre voulu d'adhésions n'est pas encore enregistré et qu'il serait dangereux de commencer avec un nombre de membres insuffisant.

Il s'agit, en effet, de pensions viagères, c'est-à-dire d'engagements à long terme : les calculs ont été basés sur un chiffre d'adhérents suffisant pour que les moyennes ne puissent être viciées par un hasard défavorable; ils ne seraient plus exacts si, le chiffre d'adhérents étant inférieur aux prévisions, celui des décès restait le même pour une cause quelconque. La caisse pourrait se trouver dans l'impossibilité de faire face à ses engagements.

Nous sommes donc contraints d'attendre que nos confrères partisans de l'œuvre veuillent bien se décider à adhérer.

Car, ils en sont partisans — nous le savions par les nombreuses communications qui nous avaient été envoyées et qui nous avaient déterminés à étudier cette organisation nouvelle, et nous le voyons encore par les lettres qui nous parviennent actuellement — mais ils attendent.

Ils attendent quoi ? que la Caisse fonctionne, comme le confrère qui nous questionnait?— Ils risquent d'attendre longtemps, puisque les adhésions fermes ne viennent qu'avec la plus grande lenteur.

S'ils renonçaient à la chose, nous comprendrions leur abstention — mais ce n'est pas le cas. Partisans de l'œuvre, ils ne font rien pour permettre sa mise en train et leur inertie devient nuisible, puisqu'en forçant d'ajourner trop longtemps, ils risquent de détourner des confrères dont la conviction n'est pas encore faite.

Notre Directeur a fait un appel aux femmes des médecins, les engageant à travailler pour elles-mêmes. Nous nous adressons, nous, à nos confrères et leur disons qu'après avoir pris pour eux-mêmes, les mesures de prévoyance que nous leur avons offertes ils seraient coupables de ne pas étendre ces mesures à leurs femmes et à leurs enfants.

Nous ne voulons pas revenir sur les misères de la profession médicale, sur les difficultés de plus en plus grandes avec lesquelles le médecin aura à lutter prochainement ; nous ne voulons pas insister sur les lettres navrantes que nous recevons à la suite de la disparition du chef, dans nombre de familles médicales — tout cela est connu de tous, nous le savons — mais nous vous adjurons, chers confrères, de secouer un peu votre apathie, de vous donner la peine d'é-

crire quelques lignes et de nous envoyer cette adhésion que vous n'avez jamais songé à refuser, mais que, sans la moindre raison, vous remettez toujours au lendemain.

C'est de vous et de vous seuls que dépend le fonctionnement de la caisse. Nous ne pouvons commencer sans être 300 au moins ; vous pouvez en quelques jours atteindre ce nombre, mais pour cela il ne faut pas vous borner à demander où on en est, ni à attendre que ce chiffre fatidique de 300 soit atteint pour vous agréger à votre tour.

Nous avons admis récemment comme membre de l'Association amicale, un confrère qui nous a fait attendre deux ans et demi l'envoi de son dossier. — C'était, nous a-t-il dit, un simple oubli, car il avait eu, dès les premiers jours, l'intention formelle de se faire admettre. — La chose, bien que regrettable, n'avait pas pour l'Association amicale une aussi grande importance que pour la Caisse des Veuves ; mais qui ne comprendra qu'en présence d'une telle inertie les meilleures volontés et les plus sûrs dévouements risquent de s'émousser ?

Vous rougiriez de refuser à votre femme et à vos enfants les quelques ressources indispensables qui pourraient leur manquer, si vous veniez à mourir, vous êtes au contraire absolument décidés à le faire. Eh bien, n'attendez plus et exécutez-vous.

A. Gassot.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les végétations adénoïdes chez les nourrissons.

M. le Dr Cuvillier a fait, au Congrès de Moscou, une communication, de laquelle il ressort que les végétations adénoïdes sont loin d'être rares chez les nourrissons; cette affection revêt à cet âge, une forme clinique spéciale et doit être considérée comme congénitale ; elle se développe sous la double influence de l'hérédité similaire et de terrain et s'aggrave sous l'action de causes infectieuses. Les symptômes fonctionnels sont : en premier lieu, l'obstruction nasale et rétro-nasale, d'où troubles de la respiration et de l'alimentation, troubles, qui amènent la cachexie adénoïdienne. Les signes physiques sont ici moins importants qu'à un âge plus avancé. Cependant, il faut signaler le facies déjà caractéristique, surtout pendant le sommeil du petit adénoïdien ; la lèvre supérieure, se relevant plus ou moins, découvre les gencives et forme un arc à concavité inférieure. Le thorax peut aussi se déformer. L'examen du pharynx nasal ne peut se faire que par le toucher digital ; on sent une tumeur molle et friable située entre la paroi postérieure du pharynx, la partie supérieure du voile et l'arrière-cavité des fosses nasales. On peut aussi observer des accidents auriculaires (surdité, écoulements, etc.). La marche de l'affection est essentiellement chronique. Le diagnostic différentiel est fait avec : 1° le coryza simple ; 2° le coryza syphilitique ; 3° la coqueluche ; 4° une affection des voies respiratoires profondes ; et 5° l'adénopathie trachéo-bronchique. Le pronostic est grave. Le traitement est médical (huile mentholée ou résorcinée) ou chirurgical (ablation des végétations).

Traitement de l'éléphantiasis.

Voici, d'après M. le Dr A. *Weill*, dans la *France médicale*, les divers traitements qui ont été préconisés contre l'œdème éléphantiasique :

On a successivement essayé les sétons, les mouchetures, la compression, le massage, les injections de pilocarpine, la ligature de l'artère du membre (opération sans efficacité réelle d'après les statistiques de Fischer et Lesrink et non sans danger, puisque Rowell Park a eu un

FEUILLETON

Comment on diminuera la prostitution.

On a écrit des volumes sur la prophylaxie de la syphilis, et, comme, dans cette question si complexe, on a envisagé les causes pêle-mêle, sans souci de les classer méthodiquement, il en est résulté une grande confusion, quand il s'est agi d'envisager les moyens de la combattre.

Il convient d'envisager la prophylaxie de la syphilis sous deux faces : diminuer le nombre des prostituées et le nombre des faits de prostitution, on diminuera du même coup le nombre des syphilisés. De plus, on moralisera la population, car on sait que la syphilis est un facteur puissant de démoralisation, de stérilité et de dissolution sociale ; en second lieu, il convient de diminuer le nombre des malades parmi les prostituées ; il s'agit ici de mesures de police sanitaire bien précises.

Pour diminuer la prostitution, il faut à la fois diminuer la demande, c'est-à-dire le nombre des hommes qui s'adressent aux prostituées et diminuer l'offre, c'est-à-dire le nombre même des prostituées.

Diminuer la demande est moins difficile qu'on le croirait au premier abord. Il suffit de s'attaquer aux occasions de suggestion : journaux pornographiques, cafés-concerts, théâtres graveleux..., couper court aux prospectus obscènes, aux annonces de quatrième page de journaux. On supprimera un facteur puissant d'excitation génésique, en punissant le racolage cynique : il suggestionne bien des gens.

Comme le disait M. Lépine (Sénat, séance du 30 mai 1895), la police n'a pas pour mission de poursuivre la prostitution, qui est un vice, mais non un délit. Elle a pour mission de réprimer le racolage scandaleux qui se traduit par des allures brutales, qui blessent les yeux et alarment la pudeur des passants.

Cette répression n'a nullement d'ailleurs pour conséquence forcée le maintien de la législation actuelle.

C'est une mesure isolée et qui n'implique de préférence pour aucun système, comme l'a dit Augagneur, au Congrès de la ligue de la moralité publique, 1894.

Il ne s'agit point d'interdire le libre exercice de la prostitution, mais le cynisme dans le racolage.

La fille sait toujours, par sa toilette, un coup d'œil, une démarche oisive, montrer qu'elle s'offre.

Mais, elle n'a pas le droit de s'opposer à la libre circulation des passants, en s'accrochant à eux, de leur décocher des propos obscènes, qui peuvent être entendus des honnêtes femmes.

Pour diminuer l'offre, c'est-à-dire les prostituées, un grand nombre d'institutions ont pour but d'a-

cas de mort), l'amputation, et enfin l'électricité.

Dès 1824, Alard écrivait :

« Indépendamment des préparations médicinales et des substances végétales qu'on peut employer à surexciter les mouvements vasculaires, on possède encore dans l'électricité un agent très puissant, dont il est possible de se servir avec quelqu'avantage. J'ai cru remarquer que ce moyen non seulement diminue les fréquentes attaques de la période aiguë, mais encore diminue l'engorgement des parties, avantages qu'il produit selon toute apparence en stimulant le système vasculaire et en augmentant l'absorption. Une malade qui fait le sujet d'une observation du Dr Hendy attribue son entière guérison et la disparition totale du gonflement à des commotions électriques qu'elle reçut jusqu'à la douleur. On conçoit du reste qu'un tel moyen ne doive être employé que longtemps après la période aiguë. Il est surtout applicable dans les circonstances où la maladie est moins le résultat d'une vive inflammation se représentant par intervalles, que d'une suite, pour ainsi dire, non interrompue, de mouvements exhalatoires, comme nous le voyons fréquemment arriver dans nos climats tempérés. »

Cette méthode resta néanmoins tout à fait dans l'oubli jusqu'à l'année 1877, où Beard et Rockwell traitèrent avec succès un cas d'éléphantiasis par la galvanisation. Mais c'est surtout Silva da Araujo et Moncorvo qui, forts d'une pratique de plus de 400 observations, purent, dans une série de publications, remettre en honneur et perfectionner la méthode électrique.

Dans son atlas des maladies de la peau, Araujo publie avec détails l'observation d'un malade qui vit un éléphantiasis filarien énorme, rétrocéder après un très grand nombre de séances électriques externes et une quinzaine de ponctures électrolytiques dans les parties tout à fait indurées. Sa méthode consistait essentiellement, en l'application quotidienne pendant quinze minutes de courants continus, suivis de quinze minutes de faradisation et de compression dans l'intervalle des séances.

Malheureusement, Araujo ne donne pas de détails sur l'intensité qu'il employait, ni sur la forme de ses électrodes, qui devaient être au reste assez petites, puisqu'il dit qu'il les déplaçait souvent pour faire, en quelque sorte, du massage électrique.

M. Weill conseille d'employer les courants continus avec de grandes électrodes, de 26 centimètres de largeur sur 16 de hauteur. On les recourbe en forme de demi-cylindres. On les applique aux deux extrémités d'un plan diamétral de la jambe. On les met en communication avec le pôle négatif d'un appareil à courants constants, et on place l'électrode positive sur la nuque. On fait passer un courant de 50 milliampères environ et on fait suivre chaque séance d'une compression avec une bande en toile.

Les erreurs des thermomètres médicaux.

Le thermomètre médical, d'un emploi assez rare il y a vingt-cinq à trente ans, est devenu aujourd'hui l'instrument dont l'usage est le plus fréquent en médecine et en chirurgie, et on rencontrerait difficilement un praticien, qui n'en fasse pas journellement usage. Une élévation ou un abaissement de quelques dixièmes de degré fournit, dans un grand nombre de maladies, un élément de diagnostic et de pronostic qu'aucun autre ne saurait remplacer.

Mais, pour que cet élément de diagnostic conserve sa valeur, dit la *Revue Scientifique*, il faut que l'instrument dont on fait usage possède quelque précision. Or, si l'industrie des thermomètres médicaux, c'est-à-dire des instruments ne comprenant qu'une dizaine de degrés divisés chacun en dixièmes, est devenue fort importante, il s'en faut beaucoup qu'elle se soit perfectionnée au point de vue de la qualité. Rien

---

mener, par tous les moyens, le repentir des filles. Telles les dames du Bon-Pasteur, qui vont solliciter les prostituées à Saint-Lazare, ou l'Œuvre de l'hospitalité du travail.

Sans doute, il convient d'aider la prostituée qui veut revenir à une vie de travail. Mais il ne faut pas forcer sa nouvelle vocation.

Au point de vue social strict, en effet, ce retrait de filles de la circulation paraît plutôt mauvais. En effet, le monde de souteneurs, entremetteuses, cabaretiers, maisons publiques... la demande, en un mot, réclament toujours leur contingent ; si le nombre des filles publiques est moindre, souteneurs, entremetteuses, cabaretiers... s'ingénieront à en faire de nouvelles. De nouvelles recrues viendront remplacer les départs. Mieux vaut qu'une prostituée continue son métier, que d'être remplacée par une nouvelle ; c'est plus moral, et les chances de contagion sont moindres, avec elle, qu'avec une nouvelle.

L'œuvre la plus avantageuse serait donc, avant tout, d'empêcher la femme de tomber dans la prostitution.

Problème extrêmement complexe, qui embrasse toute la vie sociale, car la prostitution est l'aboutissant d'un grand nombre de facteurs sociaux les plus divers.

Ainsi, quand on incrimine les bals publics, les fêtes qui sont une occasion de débauche ou mieux ces causes directes de débauche, misère des femmes, dont le travail n'est pas assez rémunéré, chômage, etc., etc. ; quand on signale le danger des mauvaises fréquentations, des promiscuités d'atelier dans les villes industrielles, etc., il est évident qu'il s'agit là de questions sociales, vastes et complexes qu'on ne peut envisager à ce seul point de vue et qui sont bien difficiles à résoudre.

Comment forcer les patrons à augmenter les salaires des femmes ? Comment empêcher les agglomérations, qui proviennent de la grande industrie.

De même, il sera bien difficile d'empêcher l'absence de pudeur, de sens moral, de volonté, la paresse, la vanité, etc., qui conduisent la jeune fille ou la femme mariée à chuter au moindre obstacle et les entraînent par suite aux pires solutions ; c'est le plus souvent un défaut d'éducation.

De même, les faits si rares où un tempérament passionné a entraîné des messalines, cette excitation génésique peut être regardée comme une folie et on va jusqu'à enfermer ces mineures en des asiles d'aliénées.

Mais, il est bien des cas où la loi devrait prévenir la chute : protéger la femme dans sa première faute, au lieu de la livrer sans défense.

La recherche de la paternité est interdite ; la fille-mère n'a point recours contre son séducteur ; comme trop souvent personne ne veut plus de son travail, elle se prostitue pour nourrir son enfant. C'est un des plus hideux crimes sociaux que de ne point protéger la fille-mère.

Si la fille n'est point mineure, tout premier séducteur est indemne devant la loi ; ses promesses,

n'est plus rare, aujourd'hui, qu'un thermomètre médical possédant un peu d'exactitude.

Si les erreurs de ces instruments étaient de l'ordre des erreurs, dites systématiques, c'est-à-dire toujours de même sens, leurs indications pourraient encore être utiles. Ce qu'il importe de savoir surtout en effet, c'est si la température d'un sujet monte ou descend. Malheureusement, non seulement les températures indiquées sont erronées en général de 1/2 à 1 degré, c'est-à-dire de 5 à 10 divisions, mais en outre, par suite du défaut de calibrage des instruments, l'erreur est inégale pour chaque degré, ce qui ôte toute valeur à l'observation et expose le praticien à de graves erreurs, dont la vie du malade peut dépendre, surtout lorsque l'instrument, étant brisé par accident, on est forcé d'en changer. On cite l'histoire d'un très illustre personnage qui faillit être victime d'une erreur semblable due à l'imperfection du thermomètre dont faisait usage le médecin qui le soignait.

Et il ne faudrait pas espérer qu'en payant ces instrument très cher, on puisse être certain de leur qualité. Ils sont presque tous fabriqués en Allemagne, et leur prix de vente en gros est inférieur à un franc. Suivant les maisons françaises qui les revendent, ils sont livrés à des prix variant entre 3 et 12 francs. Il n'existe à Paris, qu'une seule maison d'instruments de chirurgie qui ait l'honnêteté de les vendre un prix en rapport avec leur prix d'achat, soit 1 fr. 50 environ. Ceux vendus à ce dernier prix ne sont ni meilleurs, ni pires que ceux vendus 12 francs. Mais au moins le praticien peut, pour une modeste somme, en acheter une demi-douzaine et voir ceux, qui sont à peu près comparables.

Plusieurs expériences contradictoires ont été faites avec des thermomètres de prix différents et ont démontré l'égale non-valeur de chacun.

Les médecins doivent donc être prévenus des erreurs auxquelles ils s'exposent avec les thermomètres médicaux qu'ils ont aujourd'hui entre les mains et qui chaque jour deviennent, par suite de la concurrence et de l'abaissement du prix de fabrication, un peu plus mauvais. Aussi il nous semble que l'on pourrait ouvrir, au Laboratoire municipal, un petit laboratoire qui ne coûterait rien à aucun budget — puisque les frais seraient couverts par les intéressés — et où les fabricants un peu consciencieux pourraient faire vérifier et timbrer, moyennant une petite redevance, leurs thermomètres médicaux. De cette façon, les médecins sauraient ce que valent les thermomètres qu'ils achètent, et au bout de fort peu de temps, ceux non revêtus de la marque du laboratoire ne trouveraient plus d'acquéreurs. Médecins et clients y gagneraient. Seuls les fabricants allemands et leurs intermédiaires y perdraient une source de bénéfices, très élevée sans doute, mais d'une indiscutable malhonnêteté.

Traitements du psoriasis.

La liste déjà longue des traitements du psoriasis, cette désespérante affection de la peau qui récidive sans cesse, vient de s'augmenter de deux méthodes de traitement que leurs auteurs vantent avec conviction et qui, de fait, ont donné déjà plusieurs succès durables.

La première est la méthode allemande des *injections intra-veineuses de solutions arsénicales*. — M. le docteur K. Herxheimer, médecin-chef du service dermatologique de l'hôpital urbain de Francfort-sur-le-Mein, a eu l'occasion de traiter 28 psoriasiques par le procédé des injections intra-veineuses d'arsenic à doses progressivement croissantes.

Notre confrère pratique ces injections au pli du coude, après lavage et désinfection de la région au moyen de savon, de térébenthine, d'éther et de sublimé. Il applique sur les bras une bande d'Esmarch pour bien faire saillir les veines et introduit ensuite, en la tenant autant

---

même écrites, n'ont aucune valeur. La fille, qui a fait une première chute, ne peut rien exiger du premier, qui la trompa; elle est définitivement déshonorée, l'intérêt la pousse à continuer.

La loi devrait être particulièrement sévère en certains cas. Par exemple à l'égard des contre-maîtres, chefs d'atelier, patrons qui abusent des jeunes filles placées sous leurs ordres, ce qui est très fréquent dans les cités industrielles.

La loi, par contre, poursuit impitoyablement, et avec raison, tous ceux qui favorisent la débauche : entremetteuses, tireuses de cartes, car ces gens ne se bornent pas à vivre sur les filles perdues, ils cherchent à en perdre d'autres.

M. Bérenger se propose d'augmenter la peine d'emprisonnement (3 mois à 2 ans) et de faciliter la relégation des récidivistes.

La loi devrait, de plus, protéger l'enfance, en empêcher l'exploitation ; les petites mendiantes fleuristes, louées pour le compte des professionnels, sont vouées à la prostitution ; elles forment bien vite la gavrochine, précoce racoleuse qui est dressée hâtivement, dès l'âge de dix à douze ans, à la pratique sexuelle.

Le capital serait de rendre difficile la débauche à toutes celles qui n'en font pas un métier. En d'autres termes, rendre difficile les débuts dans la prostitution.

Actuellement, rien n'est plus aisé à la jeune fille qui travaille dans un atelier, un magasin, que de se prostituer: elle conduit ses compagnons à l'hôtelier qui les accepte pour une heure, un moment, et tire profit de la débauche en majorant la location. Il faut empêcher les hôteliers de recevoir les filles, être impitoyable pour eux.

Les cabaretiers sont parmi les agents les plus actifs de la prostitution, prenant, pour le travail, des bonnes qu'ils poussent ensuite à la débauche.

On surveillera les arrière-boutiques des débitants de boissons, où on prend la servante après avoir consommé un verre sur le zinc.

Il suffit d'un arrêté du maire pour empêcher femmes ou filles ne faisant pas partie essentielle de leur famille, de servir chez des débitants de liqueurs; un arrêté semblable a été pris récemment, avec plein succès, par le maire d'Avignon.

Les brasseries de femmes seraient atteintes par cet arrêté.

Etablissements insalubres au premier chef, dit le Dr Barthelemy, d'autant plus dangereux qu'ils inspirent moins d'appréhension ; les lycéens ne craignent pas de s'y aventurer, n'étant pas retenus par la crainte d'être vus ou par un sentiment de convenance.

Il y a à Paris plus de 600 femmes de brasserie qui se livrent à la prostitution clandestine et répandent à profusion les maladies vénériennes.

(*Correspondant Médical.*) Dr Eiger.

que possible parallèle à la peau, l'aiguille de Pravaz dans une des veines sous-cutanées. Enfin, après s'être assuré par un mouvement de retrait du piston que la canule se trouve réellement dans une veine, il injecte 1 c. c. d'une solution aqueuse bien limpide d'acide arsénieux. La piqûre est ensuite fermée au moyen d'un morceau d'emplâtre à l'oxyde de zinc.

M. Herxheimer commence par injecter 0 gr. 001 milligr. d'acide arsénieux, puis il augmente progressivement de 0 gr. 001 milligr. chaque jour, jusqu'à ce qu'il atteigne 0 gr.015 milligr., dose maxima qu'il continue à injecter tant que les éruptions n'ont pas complètement disparu.

Parmi les 28 sujets ainsi traités, il en est 3 auxquels on faisait en même temps des applications de goudron, de chrysarobine ou de pyrogallol ; ils ne sauraient donc entrer en ligne de compte avec les autres pour apprécier la valeur de la médication arsenicale. Sur les 25 psoriasiques n'ayant reçu que des injections intra-veineuses, 10 sont complètement guéris, 6 sont partis très améliorés, ne voulant pas continuer à se faire soigner à l'hôpital et 9 sont encore en traitement. L'état de ces derniers se trouve déjà bien amendé et 3 d'entre eux marchent vers une guérison prochaine.

L'effet de ce traitement sur les éruptions psoriasiques se manifeste, vers la fin de la première ou le commencement de la seconde semaine, par une pigmentation plus sombre des placards et une production plus abondante de squames ; puis l'éruption s'affaisse et finit par disparaître en même temps que la pigmentation ; cependant, il arrive parfois que celle-ci persiste.

La guérison du psoriasis surviendrait d'habitude au bout de 6 à 7 semaines.

Les injections intraveineuses d'arsenic ont été généralement bien supportées ; pourtant, dans deux cas, on a observé un zona arsenical et de la diarrhée. Chez un troisième malade, il s'est produit, à la suite d'une injection mal faite, une thrombose veineuse qui a guéri en quinze jours simplement, grâce au repos du membre lésé. Une thrombose légère se forma aussi chez un autre sujet. (*Sem. Médicale.*)

La 2e méthode est celle du Dr V. *Fournier*. Elle est exposée dans sa thèse. D'après lui, l'arsenic est certainement le médicament qui a donné les preuves les plus réelles de son efficacité contre le psoriasis. Mais la plupart des composés arsénicaux en usage sont toxiques ou irritants (Danlos) et ne peuvent être pour ces motifs prescrits aux doses utiles. Le problème consiste à trouver une préparation qui permette d'administrer l'arsenic en quantité suffisante pour être efficace, sans avoir à redouter l'explosion d'accidents d'intoxication aiguë ou chronique (arsenicisme). M. Danlos et son élève V. Fournier croient avoir trouvé la solution demandée, en s'adressant à l'*acide arsénique diméthylé*, connu sous le nom d'*acide cacodylique*.

L'acide cacodylique, très soluble dans l'eau, résiste aux agents oxydants énergiques, n'est pas *vénéneux* malgré la forte proportion d'arsenic qu'il contient (un peu plus de 54 p. 100, c'est-à-dire un peu moins que l'acide arsénieux, et 2,5 fois plus que l'arséniate de soude).

En pratique, on l'administre soit en injections hypodermiques, soit en pilules ou en potion.

Pour la voie sous-cutanée, on emploie une solution d'acide cacodylique à 5 p. 100 soigneusement neutralisée par q. s. de bicarbonate de soude. Si la neutralisation est bien faite, l'injection n'est pas douloureuse ; si elle est insuffisante, on a des phénomènes d'irritation. Pour cette raison et aussi à cause de la nécessité d'injecter, dans certains cas, 10 et 12 centimètres cubes de solution (?), M. Danlos a abandonné la voie cutanée pour la voie gastrique. Voici les formules.

Pilule avec :

Acide cacodylique	0 gr. 05
Extrait de gentiane	0 gr. 10

pour une pilule.

De 2 à 10 et 12 de ces pilules par jour.

Potion avec :

Acide cacodylique neutralisé (cacodilate de soude)	2 gr. 50
Rhum } ãã	20 gr.
Sirop de sucre } ãã	20 gr.
Eau distillée	60 gr.
Essence de menthe	II gouttes.

de 2 à 6 cuillerées à café par jour.

Comme, dans un certain nombre de cas, les pilules ne paraissent pas avoir été absorbées, il est mieux de faire usage de la potion.

Traitement abortif de la blennorrhagie aiguë masculine par les pansements intra-uréthraux combinés avec les lavages antiseptiques de l'urèthre.

D'après M. le Dr Boureau (de Paris), la méthode des pansements intra-uréthraux, dans le traitement de la blennorrhagie aiguë, enraye l'écoulement dans les 24 heures, quand elle est appliquée dès l'origine de cet écoulement ; il ne reste plus qu'à maintenir la *guérison apparente* pendant quelques jours à l'aide de lavages antiseptiques de la portion pénienne du canal pour la transformer en guérison définitive. Un pansement intra-uréthral imaginé en 1891, et appelé uréthro-mèche, est fait en coton ; il est souple et on l'introduit dans le canal à l'aide d'un mandrin souple également. L'uréthro-mèche peut être enduit de toutes les compositions médicamenteuses ; celle qu'on emploie est une pommade au sublimé au millième.

De 1892 au mois de mai 1897, M. Boureau a compté 7 échecs sur 93 cas, soit un peu moins de 8 °/o.

Manuel opératoire. — Après les précautions antiseptiques d'usage, on introduit le pansement, préalablement enduit de pommade au sublimé ; on laisse pendre au dehors le fil du pansement ; on recouvre le méat d'un morceau de coton hydrophile et on ramène le prépuce par-dessus ; chez les circoncis, on place le gland dans une espèce de sac fixé à un suspensoir. Ce pansement doit être gardé de 3 à 7 heures, selon l'époque de l'intervention après l'infection ; il doit être expulsé par l'urine et non arraché.

Il n'y a plus qu'à maintenir la guérison pendant une huitaine de jours, en faisant d'abord un lavage toutes les 12 heures, puis un seul par 24 heures, au sublimé, de la *région pénienne*. La surveillance des malades ne doit être supprimée qu'après la reprise complète des anciennes habitudes.

Les lavages doivent être faits avec une sonde Nélaton n° 10. Il faut s'entourer de toutes les précautions pour que le liquide ne pénètre pas dans la vessie. C'est pour avoir négligé plusieurs fois de prendre ces précautions, qu'on a pu noter quelques insuccès. En effet, M. Boureau condamne absolument les lavages vésicaux faits pendant la période aiguë de la blennorrhagie.

CHIRURGIE PRATIQUE

Les interventions chirurgicales sur le poumon.

Il y a peu d'années encore, on eût regardé comme une pure folie de songer seulement à porter le bistouri dans le parenchyme pulmonaire. L'ouverture de l'empyème et la résection costale d'Estlander, paraissaient les seules interventions possibles sur l'intérieur de la cage thoracique.

Il n'en est plus de même aujourd'hui, car l'antisepsie permet de s'attaquer, sans crainte à n'importe quel viscère, pourvu que rien ne soit négligé pour assurer l'hémostase, en même temps que l'absence de tout germe infectieux. Comme le dit M. le Dr Tuffier dans son rapport au Congrès de Moscou, les résultats favorables de l'expérimentation, les perfectionnements de la technique opératoire, la tolérance remarquable du poumon, chez l'homme, sont autant de données acquises permettant à la chirurgie du poumon de se généraliser et d'assurer son avenir.

Un diagnostic précis et une intervention précoce sont les deux éléments du succès. La *précision du diagnostic* a beaucoup à gagner encore, pour nous indiquer le *siège* des lésions et pour nous en limiter *l'étendue*. La percussion et l'auscultation sont des méthodes excellentes, et la connaissance de l'ensemble des signes physiques est importante pour atteindre un grand degré de précision ; mais la radiographie Roentgen sera toujours le plus précieux auxiliaire auquel on ne devra pas manquer d'avoir recours dans les cas difficiles.

« La ponction purement exploratrice offrirait de grands avantages, si elle ne présentait quelques dangers ; c'est au moment même de l'intervention ou après l'incision du thorax qu'elle donne le maximum de renseignements avec le minimum de risques. Sur 87 cas, nous trouvons 19 ponctions négatives, 52 positives, 19 fois plusieurs ponctions furent nécessaires.

« *L'incision* et la *résection* du parenchyme pulmonaire peuvent être largement pratiquées sous le double couvert de l'antisepsie et de l'hémostase les plus rigoureuses. Elles comprennent une opération préliminaire : la *thoracotomie* et la *traversée pleurale*, et une opération principale : *l'incision ou la résection du poumon*. L'opération préliminaire a une importance considérable ; la thoracotomie comprend un tracé d'incision des parties molles généralement courbe à convexité inférieure mais variable d'étendue avec la profondeur, la surface et l'incertitude du diagnostic de la lésion présumée. L'incision simple de l'espace intercostal, sauf rares exceptions de suppurations aiguës, est insuffisante ; une résection costale proportionnelle à la profondeur, à l'étendue, à la difficulté d'atteindre le foyer pulmonaire est préférable. La partie inférieure de cette résection devra affleurer le point le plus déclive du foyer ; elle a l'avantage de donner un champ d'opérations large, d'assurer un drainage plus complet, et, ultérieurement, elle permet l'affaissement de la paroi thoracique, si utile au processus de cicatrisation des pertes de substance du poumon.

« *Les adhérences des deux feuillets pleuraux* sont la règle générale (87 %). Les poussées de pleurésie antécédentes, les allures aiguës de la maladie, le siège constant des lésions, la douleur localisée à la pression, créent des présomptions en leur faveur. La dépression des espaces intercostaux pendant l'inspiration, l'amplitude des oscillations d'une aiguille exploratrice enfoncée à ce niveau pendant la respiration plaident dans le même sens. Mais aucune de ces constatations n'offre de garantie absolue, et il faut toujours avoir présente à l'esprit la possibilité de l'ouverture de la séreuse. Au cours de l'opération, l'aspect gris, lardacé de la plèvre, son épaississement, sa consistance fibreuse appréciable au doigt, sont de bien meilleurs indices.

« Quand elle existe, cette symphyse pleurale facilite l'opération, devient un gage précieux du voisinage du foyer morbide et allège d'autant le pronostic. Si elle paraît insuffisante, il faut la consolider par une collerette de sutures. Les adhérences manquent-elles ? on peut les chercher ou les créer. Les *chercher* : en pratiquant une ouverture pleuro-pariétale qui permette l'introduction du doigt dans la séreuse ; ou en décollant la plèvre autour du point réséqué pour sentir une induration à sa surface ; les *créer immédiatement* : par la suture des deux feuillets pleuraux et la pénétration dans le poumon au centre de la surface ainsi isolée ; les *créer lentement* : par l'acupuncture, ou l'application des caustiques chimiques ou le tamponnement iodoformé. *La suture des deux feuillets pleuraux* est la méthode de choix, elle permet d'agir de suite avec sécurité et sans changer les rapports du poumon et du thorax, rapports sur lesquels sont basées toutes les recherches ultérieures du foyer intra-parenchymateux.

« Quant à la méthode, qui consiste à se passer des adhérences, en ouvrant largement la plèvre, elle peut être employée s'il existe déjà un pneumothorax, un pyothorax ou des adhérences étendues ; mais, en dehors de ces cas spéciaux, elle est toujours téméraire, surtout quand la lésion cherchée est un foyer septique. Elle expose à un pneumothorax sérieux, à une infection pleurale, elle éloigne le poumon du centre d'action du chirurgien et change les rapports avec la paroi. Les expériences sur les animaux permettent d'espérer que pour les cas spéciaux, où les adhérences manquent complètement, la respiration sous pression et le tubage laryngé deviendront de précieux adjuvants.

« La plèvre traversée, l'*opération principale* commence. Si la teinte brunâtre du parenchyme indique la lésion sous-jacente, on va droit au foyer ; de même s'il s'agit d'une tumeur. Mais s'il existe des doutes, une ou plusieurs ponctions exploratrices sont indiquées, et si le résultat obtenu est positif, l'aiguille laissée en place servira de conducteur au thermo-cautère ou au *bistouri*. Le fer rouge est contre-indiqué s'il s'agit de pneumectomie ; l'emploi du gros trocart, les applications de caustiques, les ponctions au

thermo-cautère, suivies de l'élargissement de la fistule, sont des procédés d'exception. Le tamponnement et le drainage direct ou transthoracique du foyer, s'il est septique, sa suture après extirpation, s'il est aseptique, devront être minutieusement soignés, par crainte d'hémorragie secondaire dans le premier cas, ou de pneumothorax d'origine bronchique dans le second. C'est la même crainte d'hémorragie secondaire, qui fera préférer le drain de caoutchouc souple aux autres instruments de drainage ; son maintien doit être prolongé. Les irrigations ne peuvent être employées qu'après preuve acquise de la non communication du foyer morbide et des bronches. L'exploration de la cavité pulmonaire, à l'aide du miroir frontal ou de l'éclairage électrique, permettra de se rendre compte de la marche de la cicatrisation.

« Des *accidents* variés peuvent troubler le cours normal de l'opération. Tout d'abord, l'incision peut ne pas rencontrer la collection ; dans ces cas, un drain laissé à demeure sert d'appel, et le foyer s'ouvre généralement les jours suivants à son niveau.

« Le *pneumothorax* et l'*hémorragie* sont les deux complications à redouter. Dans le premier cas, saisir rapidement le poumon et le suturer à la plaie est le meilleur moyen de remédier aux accidents immédiats et ultérieurs. Quant à l'hémorragie primitive, elle est heureusement rare, elle est justiciable du tamponnement. Si enfin tous les moyens mis en œuvre pour empêcher l'infection de la plèvre ont été inutiles, le drainage du cul-de-sac pleural, avec ou sans résection de la neuvième côte, est une pratique recommandable » (1).

Le pansement post-opératoire a une grande importance. Il doit être rigoureusement aseptique et non surchargé d'antiseptiques, comme on a généralement trop de tendances à le faire. Point de larges irrigations phéniquées ou sublimées, point de ces tamponnements, de ces monceaux de poudre d'iodoforme, de salol ou autres, point de cette masse d'ouate salicylée, sublimée ou analogue, que l'on accumule irrationnellement sur les plaies opératoires. L'antisepsie ne consiste pas à inonder les surfaces suturées ou béantes, d'innombrables poisons plus ou moins malodorants, comme l'acide phénique, l'iodoforme, l'iodol, le salol, etc. Une simple compresse de tarlatane bouillie, de la *charpie* même, bien bouillie pendant une heure dans de l'eau pure, recouverte d'ouate absorbante stérilisée, de tourbe ou de bois, constitue un pansement absolument parfait, à condition que les mains de l'opérateur, les linges qui effleurent la plaie, les objets de pansement eux-mêmes soient tenus dans la plus rigoureuse propreté, à l'abri de tout germe et de tout contact non aseptique.

Donc le pansement sera fait avec plusieurs compresses de tarlatane aseptique, recouvertes d'ouate de tourbe et d'un imperméable caoutchouté, le tout maintenu par une bande de gaze également aseptisée.

On le renouvellera tous les jours ou tous les deux jours suivant le plus ou moins de souillures.

M. Tuffier classe les lésions pulmonaires auxquelles peuvent s'adresser ces pratiques chirurgicales spéciales, en *lésions aseptiques* et lésions *septiques* (bien que certaines affections, comme la tuberculose et les kystes hydatiques, puissent passer de l'une à l'autre de ces deux classes).

(1) Communication du Dr Tuffier, à Moscou.

I

LÉSIONS ASEPTIQUES.

Les lésions pulmonaires aseptiques sont représentées par les *tumeurs*, certains *traumatismes* et leurs complications immédiates ou tardives, telles que les *hernies* ; elles constituent une minorité notable.

Les *néoplasmes* pulmonaires primitifs, justiciables de la chirurgie sont rares. Dans les quelques cas où l'on est intervenu, la résection du néoplasme et du tissu pulmonaire avoisinant, puis sa suture hémostatique et unissante, ont donné des résultats encourageants. Le pneumothorax est ici la règle, à cause de l'absence constante d'adhérences en dehors de la portion du poumon atteinte par le néoplasme ; la réunion insuffisante de la plaie pulmonaire a pu provoquer consécutivement le même accident : c'est alors que la suture préventive en collerette, et que la préhension et la fixation du poumon, ont rendu l'opération possible, et c'est précisément dans ces cas que la respiration sous pression a trouvé son application.

Les *plaies* pulmonaires s'accompagnent généralement d'hémorragies incoercibles ou de hernie d'une portion du poumon.

L'ouverture large du thorax rempli de sang, le nettoyage de la plaie, la recherche rapide de l'origine de l'hémorragie, la forcipressure, la ligature ou le tamponnement du parenchyme et le drainage consécutif, constituent l'ensemble des moyens employés dans neuf observations publiées. Le volume généralement notable du vaisseau sectionné, la difficulté de l'aborder ont fait donner la préférence à la *suture hémostatique* sur le pincement du vaisseau.

On pourrait, à la rigueur, faire la compression ou la ligature temporaire du pédicule du poumon dans les cas où la recherche de l'origine de l'hémorrhagie abondante, ou son hémostase directe, deviendraient laborieuses.

Les *hernies* du poumon, qui compliquent souvent les plaies de poitrine, peuvent être réduites, si leur asepsie est certaine et si l'organe est sain. Mais, dans le cas contraire, la résection de la masse herniée, après ligature au ras de l'espace intercostal et fixation à la plaie, est le meilleur procédé à mettre en pratique. Les hernies immédiates par contusion, s'accompagnent généralement de rupture d'un espace intercostal ; souvent l'immobilisation, puis la réduction lente peuvent parer à l'accident ; mais lorsqu'il se produit d'inquiétants symptômes de dyspnée ou d'hémorragie, un large débridement et une réduction immédiate s'imposent.

Les hernies spontanées, congénitales ou acquises, les hernies consécutives à d'anciens traumatismes, sont souvent guéries par de simples bandages ; une intervention opératoire n'est indiquée que par les douleurs, l'augmentation progressive ou l'incoercibilité de la hernie. La cure radicale après réduction de la hernie et résection du sac pleural, constitue le type absolu de l'opération aseptique sur le poumon.

En ce qui concerne *les kystes hydatiques* du

poumon, tous les chirurgiens sont d'accord aujourd'hui pour proscrire d'une façon absolue la ponction dans le traitement des kystes, à cause des accidents de la plus haute gravité qu'elle occasionne : la rupture du kyste dans les voies aériennes, qui entraîne fréquemment la mort par asphyxie. Par contre, la pneumotomie a donné les plus brillants résultats ; pratiquée dans 61 cas, elle a donné 55 succès, soit 90.1 p. 100 de guérisons.

Les *tubercules pulmonaires* peuvent être attaqués par le bistouri du chirurgien, à la période de début, quand la lésion est encore à l'état de *noyau induré*, et aussi à la période d'état, alors que les cavernes tuberculeuses sont constituées. « A ces deux périodes, les indications, le manuel opératoire et le but à atteindre sont complètement différents. Au début, le tubercule nodulaire peut être enlevé complètement par pneumectomie, comme un néoplasme. Quand la caverne est constituée, il ne s'agit plus d'ablation, mais d'ouverture ou de destruction par des moyens variés. Jusqu'ici, on n'a guère tenté que trois fois l'extirpation de noyaux tuberculeux (Tuffier, Lawson, Doyen) et ces trois tentatives ont été couronnées de succès.

« La chirurgie des *cavernes tuberculeuses* n'a pas donné de bien brillants résultats : il est vrai qu'elle s'est adressée à des cas désespérés et dont les lésions étaient au-dessus de toutes les ressources de l'art.

« Suivant l'idée que s'est faite chaque opérateur des causes de l'extension de la tuberculose, une méthode opératoire a été proposée ; l'évacuation pure et simple du foyer ; la cautérisation des parois ; la thoracoplastie avec ou sans pneumotomie. L'*incision de la caverne* avec ou sans résection costale, est facile et paraît en elle-même bénigne, mais elle ne constitue qu'un moyen de drainage ; elle permet le traitement de la paroi tuberculeuse active, par la cautérisation ignée et les diverses substances employées dans le traitement des tuberculoses locales, qu'elles aient pour but la destruction de la paroi ou celle du bacille. Vingt-six opérations de ce genre ont été suivies de mort rapide dans 13 cas, soit 50 p. 100, et quant au résultat définitif il a presque toujours été à peu près nul, sauf chez un des opérés de Sonnenburg. Chez tous les autres malades, la tuberculose a continué à évoluer après la pneumotomie ; les cavernes ainsi ouvertes se sont rarement cicatrisées et c'est à peine si l'on peut compter une ou deux améliorations, que l'on se soit contenté d'une simple incision, suivie de drainage, ou que l'on ait cherché à agir sur la paroi de la caverne à l'aide d'antiseptiques ou de caustiques variés. Ces résultats peu encourageants, joints à cette notion générale que l'affaissement du thorax est un élément très important dans la cicatrisation des pertes de substance du poumon, ont fait proposer la résection costale, ou *thoracoplastie*, comme méthode de traitement de ces cavernes. Les rares opérations qui ont été faites jusqu'ici (3 cas) ne permettent pas de tirer de conclusions. C'est dans ce même but de réunion des parois de la caverne que la compression de la base correspondante du thorax a été proposée.

« Ces moyens sont à l'essai, et leur valeur se dégagera des faits que l'on publiera ; mais il est nécessaire pour établir scientifiquement les résultats, de les baser sur des indications opératoires précises, dont les seules acceptables sont : pour l'exérèse complète, la limitation exacte des lésions ; pour la pneumotomie, les accidents septiques de rétention ; pour la thoracoplastie, la notion d'une paroi caverneuse dense et fibreuse, passive, sans tendance à la cicatrisation. »

Les injections intra-parenchymateuses, dans la tuberculose pulmonaire, n'ont donné jusqu'ici que des résultats peu encourageants.

Quant à certaines complications de la tuberculose pulmonaire, telles que la *gangrène*, *les hémoptysies*, elles sont justiciables d'une intervention chirurgicale.

« Dans les hémoptysies incoercibles, la résection costale supérieure a donné, dans les quelques cas où elle a été employée, des résultats satisfaisants : elle se propose d'affaisser un point déterminé du poumon qui est le siège même de l'hémorragie ; elle semble appelée à devenir un procédé applicable à ces cas exceptionnels, auxquels on pourrait joindre la résection du sommet pulmonaire, si l'affection est au début et bien localisée (1). »

II

Lésions septiques.

Les *suppurations pulmonaires* nécessitent toutes l'évacuation large et le drainage.

» a) *Abcès du poumon.* — La fréquence des opérations pour *abcès pulmonaires* (49 cas), opposée à l'extrême rareté de la constatation anatomo-pathologique de ces abcès, semble prouver que nombre des interventions ont été dirigées contre des foyers de pleurésie purulente enkystée.

« Les résultats thérapeutiques bénéficient, dans ces cas, de la confusion des termes. La collection est unique, l'état général au moment de l'opération est relativement satisfaisant, les adhérences sont la règle ; l'état du poumon, normal dans le reste de son étendue, lui permet de combler rapidement la perte de substance ; les parois mêmes de la collection, dans les cas aigus, sont molles et se prêtent à l'ampliation pulmonaire ; dans de telles conditions, la pneumotomie donne 23,8 pour % de mortalité opératoire. Quant à la guérison elle est complète et rapide (de 12 jours à 6 semaines) dans les cas aigus opérés de bonne heure. Mais les collections purulentes déjà anciennes demandent 4, 5, 6, 7 et 8 mois pour arriver à la cicatrisation.

» b) Bronchiectasies. — Les conditions sont tout autres dans les *bronchiectasies* et les résultats sont également très différents. Le diagnostic exact est très difficilement établi : La dilatation ampullaire *sacciforme*, qui est la plus justiciable de la chirurgie, peut être simulée par un groupe de cavernules moniliformes réunies en un point du poumon. Ni l'auscultation, ni la percussion, ni le mode, ni la quantité d'expectoration, ni même la ponction, négative dans la moitié des cas, ne permettent un diagnostic précis. L'incision pulmonaire elle-même peut passer à côté des lésions ou même au milieu des dilatations bronchiques sans les

(1) Tuffier. Loco citato.

faire constater. Joignez à ces difficultés diagnostiques la présence presque constante de foyers multiples, quelquefois bilatéraux, la généralisation possible de ces ectasies, l'absence d'adhérences pleurales, la difficulté de cicatrisation de ces tissus fibroïdes, le tout chez un sujet souvent âgé, scléreux, infecté depuis longtemps, et l'on comprendra combien le pronostic sera sombre, et combien la chirurgie devra être réservée dans l'attaque de cette affection. L'*indication opératoire* est constituée par la septicémie subaiguë ou chronique, chez des sujets porteurs de lésions diagnostiquées unilatérales et rebelles à tout traitement médical. La pneumotomie a donné 20 morts opératoires sur 38 cas. La mort est due, en général, à des complications viscérales (dégénérescences amyloïdes, abcès du cerveau) ou à la bilatéralité des lésions. Les résultats opératoires sont très différents, cependant, suivant qu'il s'agit de bronchiectasies sacciformes ou ampullaires. Mais il faut s'attendre dans ces cas à voir une fistule persister pendant de longs mois. »

Les résultats thérapeutiques sont bien médiocres, au point de vue de la guérison absolue ; mais il reste néanmoins incontestable que la pneumotomie et le drainage ont toujours amené une grande diminution dans l'expectoration, la suppression des vomiques quotidiennes et de la fétidité des crachats.

c) « Corps étrangers. — Les complications qu'ils provoquent appartiennent au groupe des suppurations pulmonaires ou des bronchiectasies. Beaucoup plus fréquentes quand le corps étranger a pénétré par le larynx, elles sont exceptionnelles dans les plaies de poitrine par armes à feu. L'extraction du corps étranger par bronchotomie ou par pneumotomie semble peu engageante d'après les faits expérimentaux comme d'après les faits cliniques, si bien que le traitement chirurgical symptomatique reste seul applicable, et c'est en somme une bronchiectasie ou un abcès gangréneux avec accidents généraux septiques que nous devons combattre. L'extraction du corps du délit ne peut être malheureusement qu'un fait accessoire, puisqu'il est de règle de ne pas le trouver (10 fois sur 11); il pourra cependant être expulsé spontanément plus tard (2 cas) ou demeurer indéfiniment dans le poumon. La pneumotomie, précoce ou tardive suivant les allures aiguës ou chroniques des accidents, a été pratiquée 11 fois : ses résultats ont été des plus médiocres (4 morts opératoires, 4 fistules, 1 résultat à peu près nul et seulement 2 améliorations). »

d) Gangrène pulmonaire. — De toutes les affections septiques du poumon, la gangrène pulmonaire est la plus justiciable de l'intervention chirurgicale.

La *gangrène circonscrite*, corticale et profonde, est seule justiciable de nos interventions. Les gangrènes pleuro-pulmonaires provoquent des empyèmes putrides qui constituent l'affection dominante principale, et appartiennent comme telles aux pleurésies purulentes en général. La gangrène circonscrite n'appartient elle-même au domaine chirurgical que dans sa période d'élimination et de réparation.

Lorsqu'un foyer de gangrène pulmonaire ne peut s'éliminer par le drainage bronchique, drainage naturel, des accidents de rétention septique, continus ou progressifs, conduisent à chercher dans la pneumotomie un mode d'évacuation efficace.

Les accidents consécutifs à l'entrée dans les bronches de parcelles alimentaires, sont généralement des gangrènes aiguës nécessitant une intervention rapide ; malheureusement, dans tous les cas traités chirurgicalement, la multiplicité ou l'étendue des foyers a rendu inutiles les efforts chirurgicaux dirigés de ce côté.

Les injections antiseptiques, iodées ou thymolées, ne répondront qu'à des formes bénignes, peut-être à ces cas de foyers trop multiples pour permettre des incisions. La ponction au gros trocart présente tous les dangers de la pneumotomie sans avoir ses avantages. L'*incision large*, l'évacuation du foyer et l'extraction des séquestres parenchymateux constituent la méthode de choix. La thoracotomie, avec résection costale proportionnelle à l'étendue et à la profondeur du foyer gangréneux, est généralement adoptée. La suture des feuillets pleuraux, s'il n'y pas d'adhérences, leur consolidation si elles sont molles, et la préservation de la séreuse, s'imposent ici par la virulence toute spéciale des foyers gangréneux.

Pour éviter toute hémorragie, il faut pénétrer dans le poumon au moyen d'un thermocautère ou d'un instrument obtus ; ne pas avoir recours au bistouri.

Le thermocautère de Paquelin doit être chauffé modérément ; dans le cas contraire, il produirait les mêmes effets qu'un instrument tranchant.

Il vaut mieux ne pas faire usage d'injections antiseptiques, car les matières antiseptiques, pénétrant dans les bronches, occasionnent des accès de suffocation, une forte toux et, quelquefois, des symptômes d'inflammation des bronches de la trachée et du pharynx.

Le foyer gangréneux largement ouvert à son point déclive, débarrassé de ses séquestres, bien examiné du doigt et de l'œil pour s'assurer de son isolement, sera tamponné antiseptiquement et drainé. Tous les auteurs s'accordent sur la nécessité d'un drain souple, de longueur bien calculée pour ne pas pénétrer dans les bronches et provoquer des accès de toux, bien fixé pour ne point être aspiré par les bronches, et fréquemment déplacé et replacé pour ne pas provoquer d'hémorragies par érosion vasculaire.

D'après M. *Fabrikant*, de Kharkow, le drain doit être remplacé par une bande de tarlatane qui, grâce à ses qualités hygroscopiques, absorbe facilement et ramène en dehors les matières qui se concrètent au niveau du foyer. La substitution au drainage tubulaire d'un drainage capillaire, au moyen du tampon de tarlatane, présente de grands avantages, lorsqu'on opère sur un tissu aussi poreux que celui du poumon. En ce qui concerne les complications, M. d'Antona (Rome) recommande, pour éviter le pneumothorax, de provoquer chez les patients des quintes de toux et de comprimer pendant ce temps le côté sain du thorax. Ces quintes produisent en outre la voussure du poumon malade qui fait hernie dans la plaie opératoire.

« Les autres accidents opératoires à craindre sont l'hémorrhagie ou l'entrée de l'air dans les veines pulmonaires, accidents rares d'ailleurs. L'hémorrhagie primitive a toujours été rapide-

ment arrêtée par le tamponnement. Quant aux hémorrhagies secondaires, leur gravité est tout autre (4 opérés ont succombé à des hémorrhagies de ce genre). Le pneumothorax secondaire et la pleurésie purulente consécutive, n'ont pas toujours pu être évités par la suture des feuillets pleuraux, comme le montre une des observations de Roux, de Lausanne.

« Les résultats immédiats sont la disparition de la fétidité de l'expectoration et la chute de la fièvre. Le passage de l'air dans le foyer, sa ventilation, ont sur les accidents putrides une action spéciale, indépendante du drainage lui-même. Il a suffi, en cas de putridité nouvelle, d'élargir la fistule pour voir l'infection disparaître, sans que pour cela l'écoulement soit plus abondant. Les résultats obtenus par le traitement chirurgical accusent une mortalité de plus de 40 p. 100, mais un groupement plus instructif est celui qui a trait aux résultats chirurgicaux obtenus dans les différentes gangrènes suivant leur étiologie ; 63 observations sont utilisables à cet égard. M. Tuffier relève 55 gangrènes métapneumoniques avec 39 guérisons ; 4 gangrènes survenues au cours de dilatations bronchiques avec 3 morts ; 7 gangrènes par embolie avec 5 morts, 2 cas consécutifs à une perforation de l'œsophage, avec 2 morts ; enfin, un cas d'abcès gangréneux, consécutif à une plaie par arme à feu, a guéri. Il résulte de ces faits que la gangrène pulmonaire circonscrite bénéficie de l'intervention chirurgicale à sa période d'élimination et de réparation. Les résultats de la pneumotomie sont d'autant plus favorables qu'elle *est plus hâtive*, que les feuillets pleuraux sont adhérents, que les foyers sont plus superficiels et que les causes du processus sphacélique relèvent d'une infection aiguë et accidentelle, frappant un poumon dont le reste du parenchyme est normal.

En effet, les hémorrhagies secondaires mises à part (4 morts), ce sont les lésions multiples et bilatérales qui ont le plus souvent amené la mort des opérés (11 obs.). La majeure partie des causes d'échecs pourra donc disparaître, si les malades sont confiés au chirurgien avant d'être des septicémiques épuisés, si les foyers sont attaqués au début. »

Dr Paul Huguenin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Difficultés de la Carrière médicale.

Nous recevons la lettre suivante qui soulève un coin du voile de nos misères :

Monsieur le Directeur et cher Confrère,

Dans vos numéros 34 et 35, vous traitez bien une question fort utile, — la dichotomie — et dans un passage de la correspondance vous parlez des médecins, qui n'osent pas limiter leur train de maison.

C'est fort bien pensé, seulement... *vox in deserto* ! car on sort de la salle des thèses avec un état d'âme ne permettant aucun doute sur l'avenir, et on se lance dans le tourbillon des clients.

On ne compte pas les kilomètres et on dépense sans compter. Qui donc nous a appris la comptabilité en médecine? Qui nous a donc donné le flair, pour juger la valeur de nos clients ?

A l'hôpital, il y a des malades, mais en dehors nous trouvons des clients qui se débarrassent de nous sans façon, si nous ne les captivons pas assez. Combien peu de nos maîtres feraient un bon médecin de campagne ?

Dès lors, les débutants ignorent le *savoir faire* du métier et ils n'en ont aucun souci.

Si un vieux praticien veut en parler, on le traiterait volontiers de.. . radoteur.

Et pourtant le professeur Verneuil nous disait, à Lariboisière : « Je conseillerais toujours à un jeune homme de débuter sous les auspices d'un vieux confrère, afin d'éviter bien des déboires. »

Ah bien oui ! — Un vieux médecin est une quantité négligeable. On croirait se rapetisser à l'ombre d'un Mentor ; on a le diplôme, donc on est à la hauteur.

Alors le vieux reste en selle jusqu'au bout, malgré lui, en gênant son jeune voisin, et voilà une cause de conflits nombreux.

A qui la faute ?

Peut-être le Syndicat local pourrait-il faciliter dès le début un arrangement entre l'ancien et le nouveau, mais le Syndicat ne *prévoit* pas et il attend que le feu soit aux poudres, pour blâmer l'un ou l'autre des plaignants, parfois les deux à la fois.

Moi, j'ai gagné ma vie et je la gagne encore, mais j'en ai assez ; je serais content de passer la main à un successeur jeune et vous croyez que je trouverai quelqu'un ? — Non.

Vous avez bien voulu annoncer mon poste trois fois dans la correspondance gracieuse du *Concours*: on m'a écrit de Pamiers, de Tours et de Vannes...par curiosité, pour savoir si c'était une bonne aubaine.

C'est loin, bien loin !! si c'était dans la rue Bonaparte, parlez-moi de ça !

Cependant, il serait préférable de se voir un billet de mille francs en poche, même à la frontière belge, que d'aller au Mont-de-Piété dans la capitale.

Vous dites qu'il y a abondance de *jeunes* médecins, vous avez raison de les trouver jeunes.

Je continuerai mon service jusqu'au bout en attendant quelqu'un de bonne volonté.

Croyez, mon cher confrère, aux meilleurs sentiments de votre tout dévoué

Dr Garrigue.

BULLETIN DES SYNDICATS

Association médicale de Maine-et-Loire.

24 *juin* 1897.

MM. les Drs Boquel, d'*Angers*, et Poitout, *de Membrolle*, sont élus, à l'unanimité, membres de l'Association médicale.

M. le Président Dezanneau ouvre la séance par un discours dont nous extrayons les passages suivants :

« Messieurs,

« Vous savez que plusieurs questions importantes avaient été traitées dans notre dernière réunion : d'abord, l'Assistance médicale gratuite. Si ce service laisse encore beaucoup à désirer, surtout dans certaines communes, son fonctionnement a cependant fait de réels progrès. Je prierai ceux d'entre vous qui ont des observations à faire à ce sujet de vouloir bien prendre la parole.

« Une autre affaire plus grave a été celle de l'exercice illégal de la médecine par les Religieuses. Sur l'initiative du Dr Coignard, de Cholet, représentant le Syndicat de cet arrondissement, le président du Syndicat d'Angers, le Dr Gripat, a chargé MM. les Drs Rousseau et Peyssonnié d'étudier le rôle des Sœurs dans la médecine rurale, ce qui nous a valu un remarquable rapport de M. le Dr Peyssonnié ; ce rapport, imprimé dans notre dernier Bulletin, conclut en disant que le moyen le plus pratique d'empêcher l'exercice illégal de la médecine par les Sœurs est de s'adresser à l'auto-

rité ecclésiastique et de demander : 1° que le rôle des Religieuses soit limité aux premiers secours en cas d'urgence et, comme soins consécutifs, à ceux donnés sous la direction exclusive du médecin traitant ; 2° que toute sœur soit déplacée sur une plainte du Syndicat.

« Vous savez, Messieurs, qu'une démarche collective a été faite dans ce sens par les Syndicats et par l'Association médicale auprès de Monseigneur l'Évêque et des supérieures des congrégations religieuses. Cette démarche a porté ses fruits ; très peu de plaintes ont été formulées depuis. Il y a cependant encore quelques religieuses récalcitrantes ; ce sont surtout les vieilles sœurs habituées à suivre d'anciens errements. J'en connais une, aujourd'hui, signalée comme résistant aux ordres de sa supérieure, parce qu'elle est soutenue par le maire de sa commune et par les notabilités du pays. Une menace discrète de l'intervention du Procureur de la République va faire cesser cet état de choses ; cette religieuse, si elle n'est pas déjà retirée de son poste, va l'être sous peu de jours. Le Président de l'Association aura seul paru dans cette affaire et les confrères de la localité n'auront pas à craindre qu'on leur jette la pierre à l'occasion du renvoi de la sœur.

....

« Qu'il me soit permis, en terminant, de faire appel à vos sentiments d'union et de bonne confraternité ; faites venir à nous, ceux de nos confrères, en petit nombre d'ailleurs, qui vivent encore dans l'isolement ; que les Syndicats et l'Association ne fassent qu'un groupe, animé des mêmes sentiments de solidarité professionnelle, et nous constituerons une puissance avec laquelle la magistrature elle-même sera obligée de compter ! »

Elections.

En l'absence de M. le Dr Tesson, chargé de faire le rapport de la Commission sur le projet de nomination d'un vice-président par arrondissement, M. le Dr Legludic donne l'avis de la Commission sur ce sujet. Sur sa proposition, l'Assemblée vote la nomination d'un vice-président par arrondissement et décide d'examiner dans une prochaine séance, après étude de la Commission, s'il y aura lieu de remplacer les vice-présidents par de nouveaux délégués d'arrondissements.

L'élection donne les résultats suivants :

M. le Dr Douet est élu pour l'arrondissement d'Angers.

M. le Dr Geslin est élu pour l'arrondissement de Baugé.

M. le Dr Coigniard est élu pour l'arrondissement de Cholet.

M. le Dr Renou est élu pour l'arrondissement de Saumur.

M. le Dr Bernard est élu pour l'arrondissement de Segré.

Exercice illégal, magnétiseurs.

M. le Dr Gripat, président du Syndicat d'Angers, expose l'état de l'affaire intentée contre le magnétiseur Mourous.

« Messieurs,

« En 1894, une femme Blin, condamnée, dans la Sarthe, pour exercice illégal de la médecine, était acquittée par la Cour d'Angers, laquelle, basant son jugement sur l'opinion du Dr Chevandier, rapporteur à la Chambre de la loi sur l'exercice de la médecine, déclarait que les magnétiseurs qui ne prescrivent pas de médicaments, les masseurs qui ne réduisent pas des fractures ou des luxations, ne sont pas poursuivis pour exercice illégal de la médecine.

« A la suite de ce jugement, le sieur Mourous vint du Mans s'établir à Angers, pour faire du magnétisme thérapeutique et répandit une brochure où il est dit que les *magnétiseurs sont autorisés par la Cour d'Angers*. Cette brochure donnait, de plus, des indications instructives sur l'organisation d'une école de magnétisme instituée à Paris, rue Saint-Merri, sous la direction de M. Durville. C'est l'avocat du Syndicat des magnétiseurs, Me Comby, qui était venu, à Angers, défendre la femme Blin ; c'est lui qui a été l'avocat de Mourous. Au fond, c'est bien l'existence légale de l'enseignement du magnétisme professionnel qui est en cause, ainsi que la tolérance accordée par la Cour d'Angers à la femme Blin, à tous les magnétiseurs et masseurs, et implicitement à tous les parasites de la médecine.

« Dès la constitution de notre Syndicat, des plaintes furent portées contre Mourous, qui avait un cabinet de consultations où il recevait de nombreux clients, qui allait les soigner à domicile, avec cheval, voiture, cocher, donnait des certificats de maladie, avait, en un mot, toutes les allures d'un médecin.

« Une plainte ayant été portée au parquet par le père d'un enfant soigné magnétiquement, par Mourous, pour un choléra infantile, une enquête de police fut ouverte, puis une instruction judiciaire lui succéda. Le Syndicat décida tout d'abord qu'il n'interviendrait comme partie civile, que s'il y était forcé, à l'audience seulement, et qu'il demanderait le minimum des dommages-intérêts, afin de démontrer que son but était de poursuivre la solution d'une question de principe, à savoir la défense du monopole professionnel et, par conséquent, la réforme de la jurisprudence établie par la Cour d'Angers.

« Plus tard, le parquet déclara que si les médecins n'intervenaient pas comme partie civile à l'instruction, l'affaire serait classée et toutes poursuites interrompues.

« Alors le Syndicat s'entoura de conseils. Son président pria le Bureau de l'Association départementale de se joindre à celui du Syndicat d'Angers et il fut décidé qu'on demanderait aide, conseil et protection à l'Union des Syndicats et à l'Association générale. Celles-ci décidèrent d'engager délibérément la lutte contre les charlatans, afin de faire réformer la jurisprudence de la Cour d'Angers ou bien de faire modifier, par le Parlement, le texte déclaré ambigu de la loi de 1892. Dans cette campagne, les frais de première instance et d'appel doivent être partagés entre l'Union des Syndicats et l'Association générale, celle-ci se réservant les frais de cassation. Devant les tribunaux, le Syndicat d'Angers devait seul paraître, lui seul étant qualifié pour se porter partie civile.

« L'Union des Syndicats et l'Association générale, s'accordent donc à voir un gros danger dans l'existence d'une école de magnétiseurs d'où l'on sort au bout d'un an d'études (et quelles études !) magnétiseur praticien et, au bout de deux ans, magnétiseur professeur. Ils s'accordent également à déplorer qu'il y ait une contradiction entre le texte même de la loi de 1892, définissant l'exercice illégal de la médecine et l'imprudente déclaration du Dr Chevandier, rapporteur de la loi, disant aux magnétiseurs, inquiets à la veille du vote de la loi, qu'il n'était pas question de les poursuivre s'ils ne prescrivaient pas de médicaments, leurs pratiques étant par ailleurs inoffensives. A vrai dire, M. Chevandier n'avait sûrement pas prévu que des magnétiseurs comme Mourous auraient l'audace d'ouvrir des *cabinets de thérapeutique magnétique*, et d'ailleurs étant à la tête d'une maison d'hydrothérapie, il pouvait, avec quelque apparence de raison, considérer certains masseurs ou magnétiseurs comme des auxiliaires à protéger ou à ménager.

« Dans ces conditions et fort de l'appui du corps médical tout entier, notre Syndicat d'Angers se porta partie civile à l'instruction et chargea de la défense de ses intérêts M. Chesneau, un jeune avo-

cat du barreau d'Angers, qui se montra à la hauteur de sa tâche par la dignité de sa parole et le talent avec lequel il exposa les faits.

« A l'audience, nos conclusions déposées par notre avoué, M. Popin, étaient celles-ci : « Dire que « Mourous, en traitant des maladies d'une façon « suivie et par le magnétisme, a contrevenu à l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892. » C'était la « question de droit qui était posée.

« Le tribunal a rendu le jugement suivant en date « du 14 juin 1897 : Attendu qu'il résulte de l'instruction « et de l'audience, que le prévenu s'est borné vis-à-« vis des personnes qui sollicitaient ses soins, à pra-« tiquer sur elles et par-dessus leurs vêtements, des « passes magnétiques et à fournir à quelques-unes « de l'ouate aimantée ; attendu que les notes remi-« ses par Mourous à quelques-unes des personnes « qu'il a soignées n'ont aucunement le caractère « d'un certificat médical ; qu'il est d'ailleurs établi « que Mourous n'a jamais pris le titre de docteur en « médecine, mais s'est toujours donné comme ma-« gnétiseur à ceux qui le consultaient ; attendu que, « si la loi du 30 novembre 1892 admet comme passi-« bles des peines qu'elle édicte, ceux qui, sans être « munis de diplôme prennent part habituellement, « ou par une direction suivie, au traitement des ma-« lades ou des affections chirurgicales... en excep-« tant les cas d'urgence avérée, il ressort du rap-« port fait sur cette loi à la Chambre par M. le dé-« puté Chevandier, que jamais il n'est entré dans « l'intention de la Commission de viser les mas-« seurs et les magnétiseurs, les articles punissant « l'exercice illégal de la médecine ne pouvant leur « être appliqués, ajoute le rapporteur, que le jour « où ceux-ci sortiraient de leurs pratiques habituel-« les et, sous le couvert de leurs procédés, prescri-« raient des médicaments et chercheraient à rédui-« re des luxations ou des fractures ; attendu que « Mourous, en se livrant sur diverses personnes « aux pratiques magnétiques ci-dessus indiquées « et en donnant de l'ouate aimantée, ne peut être « considéré comme ayant exercé un traitement ou « prescrit un médicament de nature à entrainer « contre lui la peine édictée par la loi du 30 novem-» bre 1892. Par ces motifs : déclare le sieur Gri-« pat, ès-qualité, non fondé dans ses conclusions « et l'en déboute : déclare Mourous (Théodule) ac-« quitté et le renvoie des fins de la poursuite sans « dépens. »

« Toujours d'accord avec l'Union des syndicats et l'Association générale, et en leur nom, le Syndicat d'Angers a fait appel de ce jugement, qui créerait une espèce si dangereuse pour le corps médical. Ajoutons que le ministère public a également fait appel. L'affaire viendra bientôt devant la Cour et nos intérêts sont encore confiés à M. Chesneau ; ainsi l'a décidé le bureau de l'Union des syndicats. »

M. le Président engage les membres de l'Association à chercher dans tous les cas d'exercice illégal de la médecine, à obtenir que les familles se portent partie civile.

Sur la proposition de M. le Dr Ruais, l'Assemblée nomme une Commission composée de MM. les Drs Ruais, Cordon, Monprofit, dans le but d'étudier les moyens de réprimer l'exercice illégal de la médecine par les sages-femmes.

Nous signalons à M. le Dr Gripat et aux Membres de la Commission, le jugement de Lille publié dans notre dernier numéro, qui infirme celui d'Angers. N. D. L. R.

Assistance médicale gratuite.

Au sujet de l'assistance médicale dans les campagnes, et sur la proposition de M. le Dr Tabaraud, l'Assemblée émet les vœux suivants :

1° Que les médecins soient appelés à faire la liste des indigents ;

2° Qu'il soit fait un formulaire pharmaceutique pour l'assistance médicale dans les campagnes.

Ordre des médecins.

M. le Dr Ruais prend ensuite la parole et signale à l'Assemblée la conduite peu digne de confrères venant donner des consultations dans des localités habitées par des médecins et s'annonçant à jour fixe par des moyens de publicité peu recommandables.

M. le Dr Ruais fait remarquer que n'étant pas personnellement en cause, il lui est d'autant plus facile de soulever cette question.

Pour M. le Dr Descoings, ces faits démontrent l'utilité de l'étude du projet Lassalle, sur la création d'un ordre de médecins.

Sur la proposition de M. le Président, l'Assemblée nomme une Commission composée des vice-présidents d'arrondissements dans le but d'étudier le projet Lassalle sur la création d'un ordre de médecins.

REPORTAGE MÉDICAL

Distinction honorifique. — Nous adressons nos félicitations à M. le docteur Monglond, de Mas-le-Pouge, par Sornac (Corrèze), membre du « Concours médical », qui vient d'être décoré du Mérite agricole.

— *Les étudiants inscrits dans les Universités françaises peuvent valablement passer un certain temps dans une Université étrangère.*— Aux termes de l'article 18, du décret relatif au régime scolaire et disciplinaire des Universités, les étudiants inscrits dans les Universités françaises peuvent valablement passer un certain temps dans une Université étrangère. Un règlement, prévu à l'article 9 dudit décret, déterminera la durée de ce temps, ainsi que les justifications que les étudiants auront à produire à leur retour.

Sur le vu de ces justifications, le temps passé, par eux, à l'étranger, entre en compte dans leur scolarité réglementaire, et ils sont dispensés des droits d'études, d'inscriptions, de travaux pratiques et de bibliothèque, correspondant à cette partie de leur scolarité.

Les soins médicaux aux sapeurs-pompiers.— Le Ministre de l'Intérieur se propose de déposer devant les Chambres, à la rentrée prochaine, un projet de loi visant l'obligation, pour les communes, d'assurer à leurs sapeurs-pompiers, des pensions, des indemnités temporaires en cas de blessures, et de plus, les soins médicaux et les médicaments.

C'est là, en perspective, une nouvelle série de Sociétés de Secours mutuels, qui tentera l'année prochaine l'adjudication des soins du médecin. Si intéressante que soit la proposition ministérielle, nous ne lui souhaiterons le succès que si elle laisse aux bénéficiaires la liberté du choix du médecin, et si on consacre, dans le texte, l'adoption du tarif d'honoraires pour les mutualités, proposé par le « Concours médical » et rappelé tout récemment par M. le Dr Jeanne.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.197. — M. le docteur Clerc, de Fontaines (Rhône), présenté par M. le Directeur.

N° 4.198. — M. le docteur Venassier, d'Alger, présenté par M. le Directeur.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 39 25 Septembre 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Aux médecins des Conseils généraux et municipaux.

On nous a écrit, parfois, chers confrères, que, poussés, sans doute, par un désintéressement personnel exagéré et soucieux d'éviter le reproche de plaider *pro domo*, vous n'aviez pas toujours osé revendiquer, avec une suffisante énergie, le respect des droits du médecin, en matière d'organisation de l'assistance médicale.

Jugez, cependant, si les lignes suivantes, écrites par un homme désintéressé dans la question et simplement juste, ne vous mettent pas à l'abri de toute suspicion. Nous les avons trouvées dans le *Petit Journal* du 6 septembre 1897, et nous les reproduisons, comme un document, que vous pourrez et devrez utiliser, dans les discussions auxquelles vous prendrez part, en vertu d'un mandat confié par les électeurs.

Quand vous les aurez fait passer sous les yeux de vos contradicteurs, quand vous aurez ajouté qu'elles traduisent fidèlement les vues du Conseil supérieur de l'Assistance publique, n'hésitez donc plus à conclure en invoquant le *devoir* absolu de dépenser pour le nécessaire, et jamais pour le superflu, en faisant supporter cette dépense par ceux à qui elle incombe réellement, et non par les timides, qui se laissent dépouiller sans protestation.

L'assistance médicale

L'assistance médicale gratuite est en ce moment, et avec raison, l'objet de préoccupations vives, et son organisation, qui s'impose, ne va pas sans difficultés.

Elle a été, dans les séances des conseils généraux, l'objet de sérieuses discussions ; le plus souvent, on s'est séparé sans conclure, alors qu'il eût été nécessaire de prendre un parti, car le mal, lui, est infatigable, et la maladie ne laisse pas de trêve.

Les conseils généraux ne peuvent subvenir à cette obligation nécessaire, sociale et légale des secours gratuits aux malades, que par le moyen des centimes additionnels, et les communes surchargées protestent avec énergie, leurs finances étant déjà surmenées.

En quatre ans, les prévisions administratives ont quadruplé, et la crise devient aiguë.

Or d'un côté, les médecins se plaignent, non sans raison, de la modicité des honoraires alloués. On leur demande beaucoup d'efforts, beaucoup de fatigues, surtout dans les campagnes, où il faut se déplacer de jour et de nuit, souvent aussi faire des trajets de longue distance... et tout cela produit peu.

Les médecins, qui ont la prétention modeste et justifiée, d'ailleurs, de gagner de quoi vivre, demandent une juste rémunération, celle qu'on leur offre leur paraissant illusoire ; ils objectent, avec raison, que l'argent a perdu sa valeur, tandis qu'au contraire, tous les ingrédients nécessaires à la vie ont augmenté dans une proportion inquiétante, et qu'ils augmentent encore chaque jour, à mesure que se compliquent les nécessités de l'existence humaine.

***

D'autre part, le nombre des malades qui réclament l'assistance médicale gratuite augmente à vue d'œil.

Pourquoi cela ?

Est-ce donc que les maladies sont plus fréquentes ?

La statistique est là pour dire le contraire.

Grâce aux ressources de l'antisepsie, aux prescriptions de l'hygiène, aux progrès de la science moderne, si l'on n'a pas enrayé le mal, — ce triste héritage, que nous nous transmettons de génération en génération, sans qu'il nous soit permis d'y renoncer, — il est au moins certain que nous l'avons diminué dans une proportion notable.

Alors, à quoi attribuer cette augmentation toujours croissante de la population, qui se fait médicalement assister ?

Cette augmentation a une cause bien simple et procède d'un sentiment bien humain : « Je paye, — dit le contribuable, — donc je dois consommer. »

Et comme le dit contribuable fait les frais de la cote, il veut en avoir pour son argent.

Ce sentiment est d'accord, d'ailleurs, avec un préjugé trop répandu, qu'il est des services qu'on ne doit pas rémunérer, des professionnels qu'on ne paye qu'à regret, tout en reconnaissant leur utilité indispensable.

Que de peine, par exemple, le médecin et l'avocat ont toujours à obtenir leurs honoraires, alors même qu'on doit, à l'un sa santé, à l'autre la sécurité de sa fortune.

Si modestes que soient leurs exigences, elles semblent toujours exagérées, et l'on se récrie devant elles, alors qu'on paie, sans se plaindre, son boucher, ou son tailleur : « Eh ! quoi, — dit-on — tant d'argent pour si peu de chose ! Mon avocat a parlé à peine pendant une demi-heure ; mon médecin est resté dix minutes, il m'a tâté le pouls, il m'a dit le nom de ma maladie, il a écrit quelques lignes sur un bout de papier, et il est sorti. »

On ne se dit jamais que, si l'avocat a pu parler, utilement, pendant une demi-heure, c'est au prix de vingt années d'études.

Que si le médecin a pu écrire l'ordonnance libératrice du mal, c'est parce qu'il a acquis l'expérience, par un incessant et pénible labeur préventif, où tous ont consumé leur jeunesse, où d'aucuns même laissèrent leur vie dans les contagions.

***

Cette conception spéciale du droit que croit avoir le contribuable de consommer, parce qu'il a payé l'impôt, est absolument fausse, et elle est aussi dangereuse. Il faut donc réagir contre elle, car c'est un cercle vicieux dans lequel on se débat, en tournant sans cesse ; alors, il faut le rompre, sans hésiter.

Celui qui n'est pas indigent, qui, tout au moins, a de suffisants moyens d'existence, n'a aucun droit à l'assistance médicale gratuite, bien qu'il ait acquitté sa quote-part des frais.

Cette assistance, en effet, c'est au nom de la solidarité humaine qu'elle est administrée à ceux qui ne sauraient se faire soigner autrement ; c'est une charge qui pèse sur l'ensemble des citoyens, mais au profit de quelques-uns seulement, au profit des seuls déshérités ; c'est en un mot le riche faisant, dans le budget, la part du pauvre, une part sacrée, sur laquelle il n'est pas permis de porter la main car elle est d'obligation sociale.

J'ai dit aussi que cette conception était dangereuse ; elle l'est, en effet, car elle peut tarir la clientèle médicale, par suite, rendre plus difficile encore une profession qui, de jour en jour, devient tellement stérile que ceux qui l'exercent ne trouvent plus à vivre.

On dit qu'aujourd'hui, avec la diffusion des études, le nombre des médecins n'est pas en proportion avec les exigences de la santé publique, qu'il excède cette proportion, et j'ai même ouï dire — qu'officiers sans soldats, — il y avait volontiers autant de médecins que de malades ! Eh bien, si la législation nouvelle mal appliquée vient à diminuer encore la clientèle, vous verrez qu'à un moment donné, on se trouvera vis-à-vis d'une théorie contraire, absolument redoutable : ce sera alors le manque absolu de médecins, au moins dans les petits centres, parce qu'on renoncera avec raison à embrasser une profession qui, comme disent les bonnes gens, « ne nourrit pas son homme ».

***

Le remède au mal, dont se sont préocupés les conseils généraux cette année, dont, plus encore, ils devront se préoccuper l'année prochaine, parce qu'il augmentera encore, n'est-il pas dans une application juste et libérale de la loi, qui remettrait les choses en place, dans une conception saine et de sens commun, à savoir qu'en payant des centimes additionnels, pour la prestation de l'assistance médicale gratuite, le contribuable accomplit un *devoir* de solidarité sociale, mais qu'il ne crée pas un *droit* à son profit et que c'est à tort qu'il considérerait comme une immunité électorale cette assistance qui n'est qu'une œuvre de charité nécessaire et obligatoire, et non pas un droit civique.

C'est aux communes, dans leur sagesse et dans leur prudence, à déterminer à qui et jusqu'où ce bénéfice de gratuité doit être appliqué.

Je comprends, d'ailleurs, que les limites soient libéralement étendues, qu'elles n'enserrent pas seulement l'indigence extrême, mais aussi la gêne et la pauvreté, sans toutefois aller beaucoup au delà.

Ce sera le moyen de ne pas voir augmenter, à perte de vue, les centimes additionnels, terreur légitime de ceux qui sont les comptables des deniers publics et de pouvoir rémunérer suffisamment les médecins, sans grever le budget communal outre mesure ; et enfin, de ne pas supprimer la clientèle de ceux-ci, ce qui, à un moment donné, équivaudrait à la suppression du corps médical lui-même : l'effet cessant toujours faute de cause.

***

La gratuité des soins médicaux à donner aux pauvres est un devoir social ; il appartient à une démocratie de la constituer, jusqu'à en faire un droit régulier ; mais il convient de reconnaître, à la gloire du corps médical français, que ses membres n'ont jamais refusé de donner des soins gratuits aux malades qui ne pouvaient s'acquitter alors que ceux qui étaient de fortune plus heureuse, tenaient à honneur de ne pas recevoir la charité.

Il me souvient d'avoir souvent entendu raconter à mon père l'anecdote suivante, qui me paraît typique et caractérise bien l'état vrai des choses.

Le grand Lisfranc, le chirurgien célèbre, était toujours prêt à opérer gratuitement les malheureux, auxquels il donnait tous ses soins, alors même que les heures ne lui suffisaient pas pour satisfaire sa vaste clientèle, et dans ce temps, où le chloroforme n'existait pas encore, le travail des opérations chirurgicales était terrible.

Il fut appelé, un jour, auprès d'un riche banquier qui avait une fracture à réduire ; l'opération était délicate et demandait beaucoup d'habileté de main.

Le malade — quand même, et au milieu des souffrances, — ne perd pas « le Nord », comme on dit familièrement, et demande à Lisfranc combien il lui prendrait pour l'opération.

— Ce sera dix mille francs, — répond celui-ci.

— Dix mille francs ! — se récrie le patient, mais c'est effroyable !

— Et soyez tranquille, — ajoute Lisfranc, qui était d'humeur joviale et plaisantait volontiers, — je vous soignerai aussi bien que si vous étiez pauvre.

— Dix mille francs ! vous n'y pensez pas, c'est trop !

— Comment c'est trop ! reprend le chirurgien, qui était redevenu très sérieux. — C'est mon prix, et c'est à prendre ou à laisser. Vous êtes riche, monsieur ; c'est aux riches, à payer pour les pauvres, et je vous taxe, en conséquence : il y aura cinq mille francs pour vous, et cinq mille francs en l'acquit des pauvres diables, que j'opère gratuitement.

(*Petit Journal*.) FÉLIX DUQUESNEL.

LA SEMAINE MÉDICALE

Nouveau procédé de néphropexie.

Au Congrès de Moscou, M. le Dr *Jonesco*, de Bucharest, a donné lecture de la description d'un nouveau procédé néphropexique, qui lui est personnel :

« PREMIER TEMPS. — *Incision cutanée*. — On fait une incision oblique partant du bord externe de la masse sacro-lombaire, en suivant, dans une

étendue de 10 à 12 centimètres, le bord inférieur de la douzième côte, quand celle-ci est longue, de la douzième, puis de la onzième côte quand celle-ci est courte.

Après l'incision de la peau et du tissu sous-cutané, on écarte la masse sacro-lombaire en dedans et on tombe sur le bord externe du carré des lombes, quand l'incision est verticale ; quand elle est oblique, ce bord reste caché sous la masse sacro-lombaire. Quelle que soit l'incision, on trouve dans la profondeur le nerf abdomino-génital, qu'on écarte ou qu'on sectionne, suivant qu'il gêne ou non l'opérateur. Ensuite, on découvre la douzième côte dans toute son étendue et même une partie de la onzième quand la première est courte. On incise ensuite l'aponévrose du transverse et on procède à la recherche du rein, qu'un aide maintient dans la plaie, et après avoir réséqué une grande partie de sa capsule graisseuse, on le décortique de sa capsule fibreuse. Alors commence le deuxième temps opératoire.

Deuxième temps. — *Passage des fils.* — Après avoir décortiqué le rein sur toute l'étendue de son bord externe, les lèvres de la capsule fibreuse sont repliées, découvrant ainsi une petite portion des faces de l'organe ; ensuite on fait un pli aux lèvres de la capsule sur les deux faces antérieure et postérieure du rein, au niveau où passeront les fils à travers le parenchyme rénal, c'est-à-dire à 1 centimètre et demi du bord externe.

Avec une grande aiguille courbe, armée d'un fil double de soie tressée n° 10 ou 12, on traverse successivement la peau, les muscles de la masse sacro-lombaire, l'aponévrose profonde, la capsule fibreuse plicaturée sur la face postérieure du rein, le parenchyme rénal, la capsule plicaturée sur la face antérieure du rein, puis à travers le périoste de la douzième ou onzième côte, sur sa face externe, les muscles et la peau de la lèvre externe ou supérieure de la plaie, à 3 centimètres du bord libre de la plaie. On sectionne l'anse du fil, on retire l'aiguille, et de cette manière on a passé le premier fil suspenseur ou sangle qui suspend l'extrémité supérieure du rein.

De la même manière on passe un second fil placé à 3 ou 4 centimètres au-dessous du premier, c'est-à-dire au milieu du bord du rein, et un troisième qui traverse l'extrémité inférieure de l'organe. Tous ces fils passent par le périoste de la douzième côte. Si celle-ci est courte, un seul ou deux des fils traversent son périoste, tandis que le troisième ou même les deux derniers passent à travers le périoste de la onzième côte.

Troisième temps. — *Ligature des fils.* — Deux rouleaux de gaze stérilisée, longs de 8 à 10 centimètres, sont placés entre les extrémités des fils doubles ; ceux-ci sont noués de façon que le nœud soit placé sur les tampons. On noue d'abord les extrémités des fils sur une des lèvres de la plaie, puis, en exerçant une légère traction sur les chefs opposés, on noue ces derniers par-dessus le deuxième tampon, placé dans leur anse. Il ne faut pas trop serrer les fils pour éviter autant que possible la section du tissu rénal, car il ne faut leur demander que de servir comme de simples sangles de suspension.

De cette manière, on a placé les trois anses qui suspendent le rein sans le serrer et on le maintient en contact avec les lèvres de la plaie, et avec la douzième ou même la onzième côte, le long de laquelle ou desquelles l'organe est placé.

Enfin, on ferme la plaie soit à l'aide de points séparés, au crin de Florence, soit, et cela vaut mieux, par une suture intradermique, au catgut fin.

Un pansement antiseptique composé de gaze et d'ouate stérilisées, le tout serré par une large bande de flanelle, est laissé en place dix jours. Au bout de ce temps, les adhérences se sont établies entre la surface parenchymateuse du rein et le périoste de la côte d'une part, et avec les tissus musculaires d'autre part. Alors, c'est-à-dire le dixième jour les fils transrénaux sont enlevés en coupant les chefs d'un côté et tirant ensuite brusquement sur les chefs opposés. Si la réunion s'est faite par première intention, ce qui est facile à obtenir par une bonne asepsie, on applique un second pansement simplement protectif.

Le malade doit garder le repos absolu au lit, au moins pendant trois semaines, pour permettre l'organisation du tissu fibreux, qui forme les adhérences.

Dans ses dernières interventions, M. Jonesco a apporté une légère modification à son procédé. Il a abandonné le fil de soie pour le remplacer tout d'abord par le crin de Florence et ensuite par le fil d'argent. De plus, la façon primitive de passer les fils présentait l'inconvénient d'avoir une tendance marquée à s'écarter l'un de l'autre, au moment de les nouer sur le rouleau de gaze et par là même de sectionner le tissu rénal. Pour éviter cet inconvénient possible, il a employé deux fils passés en U de la façon suivante : l'aiguille courbe d'Emmet traverse les tissus et le rein de la manière sus-indiquée au niveau de l'extrémité supérieure de l'organe, puis elle est armée d'un des chefs du fil d'argent, qui est passé suivant le chemin parcouru par l'aiguille. Celle-ci est passée de nouveau à 1 centimètre et demi du premier trajet, armée de l'autre chef du fil, qui est ramené du même côté de la plaie. Ainsi, on passe le premier fil en U ; le second est passé de la même façon à l'extrémité inférieure du rein.

Ces deux fils sont suffisants pour assurer la suspension du rein dans toute son étendue. Dans l'anse de chaque fil, on place un court rouleau de gaze stérilisée, et après que les lèvres de la plaie sont affrontées par une légère traction exercée sur les chefs opposés des fils, ceux-ci sont tordus sur un rouleau de gaze interposé entre les chefs de chaque fil. Ces fils sont retirés de la même façon que les fils de soie le dixième jour. »

Nouveau procédé de traitement du cordon ombilical

Tous les ans, on publie un procédé nouveau de traitement du cordon ombilical ; il est assez curieux de voir combien les accoucheurs paraissent embarrassés de ce misérable petit cordon inutile après la naissance. Les mammifères animaux n'en prennent guère tant de soucis ; et de fait, la nature se charge elle-même de s'en débarrasser. Néanmoins, on écrit toujours de nombreux

opuscules sur ce pauvre cordon. La *Presse médicale* nous signale une méthode nouvelle des plus simples, qui est quotidiennement employée dans le service de M. le Dr Bar, et qui mérite d'être essayée par le praticien. Elle consiste essentiellement à remplacer le fil de la ligature classique par une pince hémostatique.

La pince est placée dès que les battements ne se font plus sentir dans la tige funiculaire, c'est à-dire après que la circulation fœto-placentaire s'est arrêtée d'elle-même, ce qui, comme on sait, fait gagner au nouveau-né environ 92 grammes de sang, quantité dont il eût été privé par une ligature immédiate.

La pince est placée perpendiculairement à l'axe du cordon, immédiatement au ras de la peau de l'ombilic, afin de ne laisser en dessous de la pince qu'une quantité très petite de cordon. C'est une condition essentielle pour obtenir une rapide dessication. Les anneaux de la pince sont appliqués ensuite sur le ventre du nouveau-né, et on sectionne le cordon le plus près possible de la pince. Après s'être assuré que l'hémostase est obtenue, on fait un pansement à l'ouate hydrophile stérilisée, pansement qui doit entourer la pince de toutes parts et la bien séparer de la paroi abdominale. Une compresse longuette enferme le tout et l'enfant est placé dans son maillot.

La pince est enlevée au bout de vingt-quatre heures. On trouve alors que le segment du cordon qu'elle étreignait a subi des modifications très importantes. Aplati transversalement, il est devenu mince, lamelleux, transparent, parcheminé, et porte sur ses deux faces l'impression profonde des rainures de la pince. Cette lamelle cornée est enlevée d'un coup de ciseaux à la limite de la peau, et un pansement à la gaze antiseptique termine cette petite opération. Parfois, une goutte de sérosité roussâtre, qui remplissait encore la veine ombilicale, se présente après le coup de ciseaux, parfois un peu de sang rouge vient mouiller le pansement après la section du segment lamelleux ; mais tout se borne là.

Après la section de la lamelle cornée, il reste dans la cicatrice ombilicale un petit moignon souvent déjà desséché, qui tombe lui-même vers le quatrième ou le cinquième jour après la naissance, laissant après lui, dans un grand nombre de cas, une petite ulcération rougeâtre, facile à apercevoir en écartant les lèvres du bourrelet ombilical, et qui s'infecterait facilement, si on ne prenait soin de continuer les pansements antiseptiques, jusqu'à cicatrisation complète. Les pansements, fréquemment souillés par l'urine et les matières fecales, doivent être remplacés deux fois par jour, au moins, et toutes les fois, du reste, que les soins de propreté l'exigeront.

Tant que la cicatrisation n'est pas complète, on s'abstiendra de donner des bains à l'enfant.

L'inoculation du sang capillaire de congénère, dans la tuberculose acquise.

M. le Dr *Bloch*, de Paris, rappelant, au Congrès de Moscou, différentes communications qu'il avait faites à l'Académie de Médecine et dans d'autres sociétés savantes, vient, de nouveau, démontrer que l'inoculation du sang capillaire issu d'un congénère arthritique ou vigoureux, détermine, à la dose d'un demi à un centimètre cube, d'une part des réactions proportionnelles à l'intensité de l'infection tuberculeuse, et d'autre part des modifications thérapeutiques, en raison inverse de ces mêmes réactions. Il résulte de ces faits, envisagés systématiquement, que l'absence de phénomènes réactionnels comporte un pronostic favorable et que c'est, dans la tuberculose initiale, ou mieux encore dans la période prétuberculeuse, que l'inoculation capillaire trouvera ses applications. Dans toutes ses recherches, il a pu adopter, à cause de la constance de ses résultats, le sang arthritique comme unité de mesure, et grâce à ce type de comparaison, il a décrit, à côté des réactions normales, un certain nombre d'autres, anormales, fausses, etc. L'inoculation alternative de plusieurs phtisiques cavitaires avec du sang étranger d'abord et du sang de congénère ensuite, lui a montré que le pouvoir thérapeutique, une plus grande somme de faits réactionnels, et l'accoutumance appartenaient au sang de congénère et permettaient d'établir une distinction bien nette entre son action et celle du sang étranger En résumé, nous croyons que l'inoculation du sang capillaire de congénère est appelée à jouer un rôle préventif considérable dans la tuberculose acquise. Une seule inoculation suffit.

Nouveau procédé d'amputation de la cuisse.

Le *Bulletin de thérapeutique* décrit, d'après M. John A. Wyeth, un nouveau procédé d'amputation de la cuisse, qui permet d'opérer sans perdre aucune goutte de sang et qui rend ainsi relativement inoffensive une des opérations les plus dangereuses. Ce procédé peut s'appliquer également à l'amputation de l'épaule

Voici comment on doit pratiquer cette amputation :

Le malade est couché sur la table d'opération, de manière à s'appuyer au bord par le sacrum. La jambe saine et les deux membres supérieurs sont enveloppés d'ouate, pour qu'il n'y ait pas déperdition inutile de chaleur. Quant au membre inférieur malade, on le rend anémique soit en le soulevant, soit en y appliquant la bande d'Esmarch (à moins qu'il n'y ait empêchement, par exemple, par suite des fractures multiples), et on applique dessus, en serrant fortement, un tube en caoutchouc ordinairement employé dans ce but. Pour se mettre sûrement à l'abri de son déplacement, Wyeth se sert de deux grandes aiguilles en acier ou d'aiguilles à tricoter, longues de 10 pouces et de 3/4 de pouce de diamètre. Une des aiguilles est enfoncée 1/4 de pouce au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, un peu en dedans d'elle, on la fait traverser superficiellement, dans l'étendue de 3 pouces, les muscles et les aponévroses de la face externe de la cuisse et on la fait sortir au même niveau qu'au point d'entrée. L'autre aiguille est enfoncée dans la peau et le tendon d'origine du grand adducteur, 1/2 pouce au-dessous du repli scrotocrural, et on la fait sortir à 1 pouce au-dessous de la tubérosité ischiatique. Les pointes des deux aiguilles sont immédiatement munies de bouchon pour prévenir les blessures des mains de l'opérateur et de ses aides. Il n'y a aucun danger que les aiguilles produisent la blessure d'un vaisseau quelconque.

Un tampon de tarlatane stérilisée, de 4 pouces carrés et de 2 pouces d'épaisseur, est appliqué ensuite sur l'artère et la veine iliaques, au point où elles croisent le bord du bassin et au-dessus, un tube en caoutchouc blanc (de 1/2 pouce environ de diamètre), et l'ayant enroulé 5 à 6 fois autour de la cuisse au-dessus des aiguilles, on le lie fortement : la bande d'Esmarch était-elle appliquée, elle sera enlevée à ce moment.

Il va sans dire que, pour les lambeaux à obtenir, le chirurgien doit se guider sur l'état des parties lésées. Voici la conduite à tenir, conseillée par l'auteur, partout où il sera possible de la suivre :

Une incision circulaire, pénétrant jusqu'aux muscles, sera faite à 6 pouces au-dessous du tube en caoutchouc et, perpendiculairement à lui, une incision verticale à partir du tube et passant par le grand trochanter ; la peau avec les tissus sous-jacents, jusqu'aux muscles, sera relevée en manchette presque jusqu'à la hauteur du petit trochanter. C'est à peu près au même niveau que sera menée une incision circulaire pénétrant jusqu'à l'os qui divisera toutes les parties molles, y compris les vaisseaux. On aperçoit alors les bouts centraux des artères iliaques profonde et superficielle : on en fera la ligature à l'aide d'un catgut fort. On désinsère alors rapidement les muscles des trochanters et de la cavité digitale en rasant l'os avec le couteau ou les ciseaux et attirant à soi les parties molles détachées ; le ligament capsulaire sera ouvert, le ligament rond sera déchiré par la rotation forcée en dehors de la cuisse et la tête du fémur sera luxée.

Si l'on suit rigoureusement le procédé opératoire que nous venons de décrire, pas une goutte de sang ne sera perdue, à part le sang resté dans l'extrémité au-dessous du lieu d'application du tube en caoutchouc. C'est à présent qu'il faut découvrir tous les gros vaisseaux restants et en faire la ligature, à savoir :

1° La veine saphène, dont la ligature est de rigueur, par suite de son voisinage près du tronc principal ;

2° L'artère sciatique, que l'on retrouvera facilement au voisinage du nerf sciatique ;

3° L'artère obturatrice, entre les moignons du grand et du petit adducteur, ordinairement à mi-chemin entre le centre du fémur et la face interne du fémur, au niveau de la surface antérieure de cet os.

4° 2 ou 3 branches descendantes de l'artère circonflexe externe, ordinairement à un 1/2 pouce au-dessus et en dehors des principaux troncs vasculaires de la cuisse, sous le droit antérieur et dans la profondeur du vaste externe ;

5° Branches descendantes de l'artère circonflexe interne (elles sont peu volumineuses), ordinairement au niveau des vaisseaux cruraux dans la profondeur du grand adducteur, entre lui et le petit adducteur et le pectiné.

Pendant qu'il fait la ligature des gros vaisseaux de la cuisse, le chirurgien divise toujours, à 1/2-3/4 de pouce en arrière, les moignons profonds et superficiels : de la sorte, il peut appliquer le tube en arrière de toutes les branches vasculaires, qui pourront être coupées immédiatement près de leur origine. Pour abréger la durée de l'opération, les veines seront, elles aussi, enserrées par le tube compresseur.

La ligature des vaisseaux accomplie, le tube en caoutchouc peut être un peu relâché. On peut négliger complètement le sang suintant des muscles : la ligature de tous les petits vaisseaux demanderait une heure à une heure et demie. Pour accélérer la marche de l'opération et arrêter l'hémorrhagie capillaire, l'auteur introduit dans la cavité cotyloïde, et entre les muscles, un tampon compact de gaze iodoformée stérilisée ; les bouts de la bande dépasseront les lambeaux pour qu'on puisse la retirer en temps utile.

L'auteur réunit alors, à l'aide de sutures profondes (il se sert de l'aiguille courbe de Hagedorn-Fowler et du catgut fort), les moignons des muscles coupés. Chaque suture est distante de 2 à 4 pouces de la suture voisine. On prendra garde de ne pas enfoncer l'aiguille au voisinage des gros vaisseaux, partout ailleurs il n'y a aucun danger à pratiquer les sutures, les muscles suturés ne donnent plus de sang. On pratiquera alors la suture des lambeaux et, après dessiccation de la ligne des sutures, on la couvrira dans toute son étendue d'une couche ininterrompue de collodion, ce qui mettra à l'abri des souillures par l'urine ou les matières fécales. Le tout sera recouvert d'un pansement de gaze iodoformée stérilisée ; il y aura deux pansements : un provisoire, pour que la plaie ne soit pas inondée par le sang s'écoulant après l'enlèvement des aiguilles, et un second, définitif, appliqué immédiatement après. Quand les parties molles, dans le champ opératoire, sont détruites par l'affection, le traumatisme ou la tumeur, on sera obligé de modifier d'une manière ou d'une autre le procédé décrit ci-dessus jusqu'à ce que l'on obtienne des lambeaux sains.

Cette méthode opératoire a donné jusqu'à présent, une mortalité de 15.9 % (69 cas, 11 morts). Les causes de la mort ont été le shock, les hémorrhagies pré-opératoires, mais jamais, les hémorrhagies pendant ou après l'opération.

Traitement sans immobilisation, avec massage immédiat des fractures, dans lesquelles les fragments sont naturellement mobiles.

M. le Dr *Lucas-Championnière* a présenté au Congrès de Moscou les excellents résultats que lui ont donnés la mobilisation et le massage systématiques, dans les fractures dont les fragments sont naturellement mobiles (clavicule, humérus, coude, omoplate). Depuis 1884, M. Championnière traite systématiquement par le massage immédiat et la mobilisation, toutes les fractures non compliquées qui se présentent dans son service ou dans sa clientèle.

Pour arriver au meilleur succès, il ne faut pas attendre que l'immobilisation ait accompli son œuvre pernicieuse. L'excitation directe des muscles par le massage, la mobilisation méthodique des articulations, muscles et tendons doit se faire *dès le début.*

Même pour des fractures, dans lesquelles *les fragments sont en mouvement* constant, la réparation *est favorisée par le mouvement mesuré*, plutôt que par l'immobilisation la plus rigoureuse. Ici le fait paraît paradoxal, cependant il est réel. Ses conséquences sont aussi favorables pour la thérapeutique de beaucoup de fractures du membre supérieur. Cette méthode trouve son

application surtout pour les fractures du membre supérieur.

Les principes à appliquer dans le traitement, de ces fractures sont très simples.

Massage très doux, prolongé, quotidien *s'arrêtant au niveau des extrémités fragmentaires.*

Ce massage non seulement ne doit *jamais être douloureux*, mais il doit déterminer dans la région une *anesthésie suffisante*, pour que les mouvements provoqués ne soient pas douloureux.

Les mouvements provoqués ne doivent *jamais entraîner les extrémités fragmentaires* de telle sorte qu'ils tendent à les disjoindre.

L'appareil de contention ne doit servir qu'à *empêcher les mouvements fonctionnels* du membre et à donner une *situation* commode pour éviter les douleurs.

La *constriction* du membre par les appareils est mauvaise en principe.

Dans quelques cas rares, on peut tirer quelque avantage de la *compression*. Mais, elle doit toujours être *très modérée et de courte durée.*

Aussitôt que la solidité du membre est acquise, la liberté complète de ce membre permettra de rétablir le *mouvement par les fonctions*. Mais il ne faut jamais oublier que, pour obtenir un membre souple, indolore et vigoureux, les mouvements doivent être d'abord de médiocre amplitude. Il est *toujours inutile qu'ils soient douloureux.* Ils doivent être lentement progressifs.

Les mouvements *forcés avec ou sans chloroforme*, ont pour résultat habituel de rendre plus tardif et moins sûr le retour aux fonctions parfaites et à la souplesse indolore du membre.

Grâce à ce traitement, la solidité du membre est acquise aussi vite que par le passé. Mais on obtient un membre souple et on fait disparaître les douleurs. Les résultats observés sont d'autant plus parfaits que *l'on a pu intervenir plus tôt après la fracture* et si le sujet a montré une *parfaite docilité.*

L'action des ferments purs sur la diathèse cancéreuse.

M. le Dr de *Backer*, de Paris, poursuit ses recherches sur l'action des ferments purs, sur la tuberculose et sur le cancer. En ce qui concerne le cancer, en particulier, il a fait, au Congrès de Moscou, une communication dont voici le résumé, d'après l'Agence centrale de la presse scientifique :

« Nos premiers essais, dit-il, ont été inspirés par l'idée générale de substituer une fermentation intra-humaine normale, à ce que nous jugions être une fermentation pathologique. Les succès ont dépassé nos espérances. Nous avons obtenu des résultats favorables, d'une durée variable, chaque fois que nous avons observé la réaction caractéristique de l'injection de nos ferments. Il nous reste à chercher la raison de ces résultats. Le 5 novembre 1894, parut à l'Académie des Sciences, une note, la dernière que lut M. le Pr Verneuil, au nom de M. Brault, et le fait le plus saillant qui puisse être dégagé de ces recherches, c'est que la *proportion de glycogène trouvé dans une tumeur est exactement en rapport avec la rapidité de son développement*. Les *ferments purs* injectés sous la peau dans la région lymphatique, correspondant à la tumeur, fermentent sur place et pour cela, empruntent au néoplasme le plus possible de matière fermentescible, c'est-à-dire de matières glycogènes nécessaires à l'évolution néoplasique. Celle-ci est donc, sinon arrêtée, certainement ralentie.

C'est en effet ce que nous avons régulièrement observé, quelle que fût, du reste, la prolifération rapide des cellules dites anarchistes. La production définitive de l'*alcool à l'état naissant* que nos cellules-ferments ont pour effet d'amener, est-elle d'une efficacité seconde ? Nous le pensons. Ajoutons à ces effets, une leucocytose abondante qui accompagne toujours nos injections. Celle-ci est-elle favorable ? Certaines expériences d'Emmerich, de Munich, semblent le démontrer, ainsi que les essais thérapeutiques tentés, avec des succès relatifs, par l'inoculation érysipélateuse.

Rôle du spasme et de la contracture dans les affections des organes digestifs, en particulier dans les vomissements incoercibles.

M. le Dr *Jules Geoffroy*, de Paris, cherche à réagir contre la tendance qu'ont les physiologistes à négliger l'étude du rôle, que joue le tissu musculaire dans les états physiologiques et pathologiques de l'appareil digestif. On ne s'en est occupé, dit-il, que pour réduire la pathologie de ce tissu musculaire à l'atonie. Il faut cependant réfléchir que, quand un muscle est frappé d'atonie, c'est, ou bien que le système nerveux qui l'anime est lui-même atteint, ou que le muscle a été soumis à un travail excessif ou trop prolongé : l'atonie est une conséquence, dont il n'est pas oiseux de rechercher la cause. C'est cette importante période d'activité exagérée maladive, de la fibre musculaire des voies digestives, que le Dr J. Geoffroy veut désormais faire entrer en ligne de compte dans l'étude des affections digestives.

Il fait remarquer que, si les fonctions physiologiques dévolues à l'estomac et à l'intestin, ne peuvent aucunement s'accomplir sans l'intervention directe et constante de leur tunique musculeuse, par contre, il faut bien reconnaître que toutes les affections de ces organes retentissent sur elle par la voie du système nerveux, en produisant d'abord le spasme et la contracture, plus tard, mais plus tard seulement, l'atonie et la dégénérescence. Pour l'auteur, spasme et contracture ne sont que la réaction des fibres musculaires lisses de l'appareil digestif, en présence de l'état pathologique de la muqueuse et de ses sécrétions, ou des tiraillements que l'organe peut subir dans ses déplacements (ptoses). Il va plus loin ; et, considérant la richesse nerveuse du tube digestif avec son double plexus, il pense que, sous la seule influence du système nerveux, il peut se produire une susceptibilité, une irritabilité de la fibre musculaire lisse (états moraux, fatigues, surmenage, névropathie, hystérie) capable d'engendrer à elle seule le spasme et la contracture et les phénomènes pathologiques qui en sont la conséquence.

Quand le tube digestif est affecté de spasme et de contracture, que l'affection soit primitive ou secondaire, la circulation intérieure et l'élaboration des matériaux de la digestion se trouvent arrêtées, de même que leur absorption et l'élimination de leurs résidus ; la circulation sanguine rencontre elle-même, des difficultés qui, ajoutées à l'irritation des plexus nerveux gastro-intestinaux, exercent une influence fâ-

cheuse sur l'état général de la constitution. Il se crée, ainsi, des états morbides qui varient suivant la localisation des phénomènes de spasme et de contracture, et sur lesquels l'auteur appelle l'attention.

En face de ces obstacles mécaniques, il faut reconnaître l'impuissance de la thérapeutique pharmaceutique. Que peuvent, en une telle occurrence, les digestifs, les absorbants et les antiseptiques ?

Il importe donc de savoir reconnaître ces états si importants de spasme et de contracture des différentes régions du tube digestif, et de savoir quelles sont les régions qui peuvent en être affectées, et pourquoi certaines régions plutôt que d'autres. Une sorte de massage particulier, à la fois doux et pénétrant, et surtout très calmant, que l'auteur désigne sous un nom qui le définit, *la palpation prolongée*, constitue à la fois le moyen de diagnostic et le procédé de traitement ; son effet est certain et généralement très rapide, pourvu que l'on sache où et comment il faut l'appliquer. De même que les spasmes des organes pelviens peuvent se communiquer au tube digestif, de même le spasme et la contracture des différentes parties du tube digestif retentissent souvent sur les organes voisins (cholédoque, *utérus*, vessie, urèthre). Ces spasmes secondaires cèdent, sans traitement particulier, dès que l'on a fait cesser ceux du tube digestif, qui les avaient engendrés.

Appliquant la méthode de *la palpation prolongée* du tube digestif à l'examen des femmes grosses, atteintes de vomissements incoercibles, M. Geoffroy est arrivé à constater que ces vomissements étaient dus à une contracture réflexe du tube digestif, pylore, duodénum, mais plus particulièrement de l'angle ilio-pelvien du côlon.

La contracture du pylore et du duodénum étant elle-même secondaire et résultant de celle de l'angle ilio-pelvien du côlon, c'est sur ce dernier point qu'il faut agir.

La *palpation prolongée*, qui permet de reconnaître cet état d'hyperesthésie et de contracture, en constitue aussi le traitement ; son action est certaine et rapide. En une, deux ou trois séances très courtes, elle calme l'hyperesthésie, fait cesser la contracture. La disparition de ces phénomènes entraîne celle des vomissements, dont ils étaient la cause et la guérison s'établit ainsi rapidement. L'auteur rapporte plusieurs observations concluantes à l'appui de sa découverte.

OBSTÉTRIQUE PRATIQUE.

Le placenta prævia.

Depuis de longues années, on a la fâcheuse habitude de désigner toutes les insertions vicieuses du placenta par le terme trop spécial de *placenta prævia*. Or, l'expression de placenta prævia, faisait remarquer notre éminent collègue et ami Lepage, dans un article du *Concours* (1892) et dans son Traité d'obstétrique de 1894, cette expression « ne s'applique qu'à une catégorie « particulière et restreinte de faits, ceux dans « lesquels, le placenta se trouve presque com« plètement en avant du fœtus ; c'est en ne te« nant compte que de ces faits, heureusement « exceptionnels (1 fois sur 1000 accouchements « environ), que l'on considérait le pronostic de « l'insertion vicieuse du placenta comme d'une « gravité extrême pour le fœtus et pour la mère. « Le tableau clinique de l'insertion vicieuse du « placenta se résumait pour ainsi dire dans l'his« toire d'une grande multipare, ayant perdu du « sang pendant les deux ou trois derniers mois « de la grossesse et qui était reprise à nouveau « d'hémorrhagies abondantes au moment de « l'accouchement ; ces hémorrhagies tuaient le « fœtus dans la moitié des cas et mettaient la « femme dans une situation extrêmement grave ; « pendant le travail, on pouvait constater direc« tement avec les doigts les cotylédons placen« taires situés au niveau de l'orifice utérin. »

Mais ce sont là des cas exceptionnels, et en maintes autres circonstances, le placenta quoique non entièrement prævia, est inséré vicieusement et provoque des accidents et des complications justiciables d'une méthode unique de traitement.

Que doit-on comprendre par insertion vicieuse du placenta ? Généralement et normalement l'insertion placentaire se fait sur la face antérieure ou sur la face postérieure de l'utérus, rarement sur les bords.

« Toutes les fois que le placenta empiète, par son insertion, sur le segment inférieur de l'utérus (zone dangereuse de Barnes), au-dessous du cercle qui divise l'utérus en 2 segments, il y a insertion vicieuse, ou mieux, il y a *insertion du placenta sur le segment inférieur* : cette insertion sera plus ou moins complète, suivant que la partie inférieure du placenta se rapprochera plus ou moins de l'orifice interne (insertion latérale, insertion marginale). L'insertion centrale, c'est-à-dire celle dans laquelle le centre du placenta correspond à l'orifice interne, est tout à fait exceptionnelle. »

I.

SYMPTOMES DU PLACENTA PRŒVIA.

A. Pendant la grossesse, quels sont les signes qui pourront faire soupçonner l'existence d'une mauvaise insertion du placenta ? Ce sont, tout d'abord, *les hémorrhagies*, puis, *la rupture prématurée* des membranes, *l'accouchement prématuré*, le défaut d'accommodation pelvienne ou utérine, amenant facilement des *présentations vicieuses*.

La principale et la plus redoutable conséquence de l'insertion placentaire sur le segment inférieur, est l'*hémorrhagie*. Cette hémorrhagie est habituellement *soudaine*, sans cause appréciable, en plein repos, en plein sommeil, sans aucun accident antérieur (ni traumatisme, ni chute), au plus grand étonnement de la gestante ; le sang est franchement rouge, liquide, sans caillots ; son écoulement se produit presque sans douleur, comme si une veine s'ouvrait brusquement : le plus souvent, cet écoulement s'arrête spontanément, surtout au début. Mais, l'hémorrhagie récidive au bout de 8 ou 15 jours ; elle est *à répétitions*.

« C'est surtout pendant les deux ou trois derniers mois de la grossesse que se montrent ces hémorrhagies, parce que c'est dans cette période de la grossesse que l'utérus se développe, augmente de capacité aux dépens du segment inférieur. Cependant, il est légitime d'admettre que

nombre d'hémorrhagies et, par suite, d'avortements, qui surviennent du 3e au 6e mois de la grossesse, doivent être attribués à la même cause, ainsi qu'on peut s'en rendre compte dans certains cas, par l'examen de l'œuf abortif. » La production de ces hémorrhagies qui surviennent au cours de la grossesse, s'explique par un commencement de décollement prématuré du placenta. Ce décollement est attribuable, d'après M. Pinard, à des tiraillements énormes du chorion et du placenta exercés par les contractions utérines indolores, qui se produisent dans les derniers mois de la grossesse, principalement au niveau du segment inférieur.

La rupture prématurée des membranes et l'accouchement prématuré, sont attribuables très fréquemment à l'insertion placentaire sur le segment inférieur. M. Lepage affirme même que l'accouchement prématuré survient chez le tiers des femmes, dont le placenta empiète sur le segment inférieur.

Enfin, les présentations du siège et de l'épaule sont aussi fréquemment attribuables au défaut d'accommodation utéro-fœtale que provoque l'insertion trop basse du placenta.

B. Pendant le travail. — Le nombre et l'abondance des hémorrhagies pendant la grossesse ont contribué déjà à plonger la parturiente dans un état d'anémie extrême et ont singulièrement diminué ses forces. Cependant, les contractions violentes du travail décollent encore le placenta et les *hémorrhagies* reprennent de plus belle. Le vagin se remplit de caillots de sang et un écoulement continu en nappe se produit. Quand le placenta a résisté aux tiraillements avant le travail, et que les hémorrhagies ne se sont pas montrées au cours de la grossesse, ce peut n'être qu'au moment même du travail, pendant l'engagement de la tête que l'hémorrhagie débute. Elle n'en est pas moins redoutable pour cela. Enfin, lorsque les membranes sont rompues prématurément ou au commencement du travail spontanément ou artificiellement, il n'y a généralement pas d'hémorrhagie. Parfois le fœtus ne fait que masquer l'hémorrhagie pendant son passage ; il forme tampon et dès qu'il est expulsé, un flot de sang jaillit, annonçant que le placenta s'est arraché subitement au moment de l'engagement des épaules.

L'allure même du travail peut être un signe important d'insertion basse du placenta : la partie fœtale, mal engagée, n'appuie que faiblement sur le segment inférieur de l'utérus, aussi la dilatation se fait-elle lentement, irrégulièrement; il y a comme une fausse rigidité du col.

La dilatation peut se faire tout d'un coup, le cordon glisse avec le fœtus et souvent même avant lui et forme une procidence ; parfois, au contraire, le cordon reste en arrière et se trouve comprimé, ce qui occasionne des modifications dans le rhythme cardiaque fœtal et des évacuation de méconium dans le liquide amniotique.

C. Pendant la délivrance. — Il peut arriver que l'insertion du placenta sur le segment inférieur ne se révèle par aucun signe ni pendant la grossesse, ni même pendant le travail ; l'accouchement se fait par le sommet, mais, aussitôt après l'expulsion du fœtus, une très grande quantité de sang ou simplement un suintement sanguin continu, incoercible par les injections chaudes, fait sa brusque apparition. En effet, le segment inférieur ne s'est pas rétracté et l'on sent, par le toucher, le placenta en partie décollé, qui se présente par sa face fœtale ou par son bord.

La dernière éventualité qui peut se présenter est celle-ci : l'hémorrhagie n'apparaît que quand la délivrance est terminée ; l'hémorrhagie est due à un défaut de rétraction du segment inférieur sur lequel le placenta était inséré.

II

DIAGNOSTIC.

En présence d'une hémorrhagie des derniers mois de la grossesse, doit-on toujours penser que cette hémorrhagie provient d'une insertion du placenta sur le segment inférieur ? Neuf fois sur dix, oui, à moins qu'il ne s'agisse d'un traumatisme ou d'une maladie générale aiguë (pneumonie, fièvre typhoïde, diphtérie) ou d'un avortement criminel ou d'une hémorrhagie provenant d'une médication intempestive (salicylate, ferrugineux, sinapismes, etc.). Toute la question, qui au premier abord paraît fort complexe, se résume à ceci : Est-il possible de reconnaître par l'examen physique (toucher et palper) l'existence de l'insertion vicieuse du placenta ?

A. Pendant la grossesse : Au palper, on constate « que la partie fœtale, qui se présente, à peine amorcée, le sommet par exemple, s'applique mal sur l'aire du détroit supérieur : en cherchant à l'abaisser, la main sent que cette partie fœtale est arrêtée par un obstacle qui ne donne pas la sensation de résistance osseuse, mais produit une sensation de résistance molle toute particulière. » (Lepage.) Au toucher, on perçoit une déviation du col, vers l'un des culs-de-sac, cachée, pour ainsi dire, au fond d'une dépression; dans la partie opposée, le segment inférieur est tendu et épais. En combinant le palper avec le toucher, on sent que le doigt vaginal est séparé de la partie fœtale que l'on abaisse avec l'autre main par une épaisseur assez grande de tissus.

B. Pendant le travail, non seulement, on constate au toucher et au palper combinés, l'épaississement de l'un des côtés du segment inférieur de l'utérus, mais encore, quand l'insertion empiète sur la partie tout à fait inférieure de l'ovoïde utérin, on peut, pendant que s'opère la dilatation, sentir les cotylédons placentaires directement avec le doigt ; ces cas sont rares d'ailleurs et ne constituent pas les seuls placentas prœvias de la pratique.

En réalité, beaucoup de cas passent inaperçus au toucher comme au palper, même entre des mains exercées.

Il est une confusion qu'il importe de ne pas faire, en présence d'une violente hémorrhagie des derniers mois de la grossesse : c'est la possibilité d'un décollement prématuré total du placenta au lieu d'un simple décollement partiel de placenta inséré trop bas. « Dans le décollement prématuré du placenta, on constate une dureté anormale de l'utérus ; dans certains cas cette dureté est ligneuse ; rarement, l'utérus présente une mollesse pâteuse. L'utérus est augmenté de volume : il existe une disproportion entre ce volume et l'âge de la grossesse. Ce qui est surtout remarquable, c'est l'état général de la gestante, qui présente tous les phénomènes accompagnant habituellement les hémorrhagies graves (face pâle, pouls petit, tendances syncopales), alors que la quantité de sang perdu

extérieurement est peu abondante et même nulle. Souvent, les bruits du cœur ne sont pas entendus : le fœtus a succombé au moment où s'est faite l'hémorrhagie. Au toucher, le col est dur, le segment inférieur présente une consistance analogue à celle du reste de l'utérus ; si la femme est en travail, le doigt n'arrive pas sur le placenta, mais constate une tension presque permanente des membranes. Le diagnostic devient plus ferme, si, en même temps que tous ces signes, on trouve dans les urines une quantité d'albumine plus ou moins considérable ; il est, au contraire, difficile lorsque l'épanchement sanguin reste interne, le sang ne s'écoulant pas au dehors. » (Lepage.)

III

TRAITEMENT.

Il n'y a malheureusement pas de prophylaxie de l'insertion vicieuse du placenta. Un seul exercice paraît nuisible aux femmes récemment enceintes, c'est le voyage en chemin de fer. Pinard conseille de s'en abstenir, à tout prix, dans les premiers mois de la grossesse ; cette recommandation s'applique encore plus aux multipares qu'aux primipares, surtout à celles qui ont déjà eu des accidents antérieurs d'insertion vicieuse.

Contre les hémorrhagies déclarées, au 6e, au 7e, au 8e mois, que devrons-nous faire ? Guillemeau et Levret pratiquaient l'accouchement forcé. Nous ne saurions les imiter aujourd'hui dans ces méthodes de violence.

La première chose à tenter est le repos prolongé dans le décubitus horizontal, tête un peu basse, accompagné d'injections vaginales aseptiques chaudes à 48 degrés centigrades.

Si les hémorrhagies se répètent néanmoins et si la gestante devient de plus en plus anémique à la suite de ces assauts répétés, il ne faut pas attendre la période syncopale pour se décider à agir. Il y a deux méthodes à choisir, suivant les circonstances où l'on se trouve, suivant le milieu dans lequel on opère : 1° pratiquer artificiellement la rupture des membranes, 2° faire le tamponnement aseptique.

« Pour pratiquer la rupture artificielle des membranes, après avoir soigneusement lavé le vagin au sublimé chaud à 48°, et s'être convenablement désinfecté les mains, « on introduit un doigt ou deux à travers le col, jusqu'à ce que l'extrémité des doigts se trouve en contact avec les membranes ; on guide sur les doigts un perce-membranes dont l'extrémité pointue vient perforer ces membranes ; il faut avoir soin d'agrandir cette petite ouverture avec le doigt et de rompre très largement les membranes, de manière qu'il n'y ait plus de tiraillements du placenta par le chorion. »

Cette manœuvre est parfois peu aisée ; les membranes sont très épaisses ou situées très haut, et l'on est gêné par les cotylédons placentaires. On simplifie beaucoup l'opération en faisant coucher la femme en travers du lit. Quant au perce-membranes, on peut le remplacer par une aiguille à tricoter ou une paire de ciseaux longs, *bien désinfectés*. Après la rupture des membranes, le travail commence et l'hémorrhagie s'arrête presqu'instantanément. Toutefois, il s'en faut que tout marche aussi bien dans chaque cas ; le travail ne se déclare pas toujours après la rupture des membranes. Il faut alors, si l'anémie de la gestante n'est pas trop menaçante, attendre quelques heures, laisser la femme au lit, surveiller les caractères du liquide qui s'écoule par la vulve, prendre la température et intervenir seulement s'il y a de l'odeur, une élévation de température ou un retour d'hémorrhagie. Mais si la femme est trop faible, il faut, sans attendre, introduire dans la partie inférieure de l'utérus un ballon de Champetier de Ribes bien désinfecté, qui servira à la fois de tampon et d'agent provocateur du travail. En même temps, on fera deux ou trois injections sous-cutanées d'éther sulfurique.

Pendant le travail, la première chose à tenter contre l'hémorrhagie est toujours l'injection vaginale aseptique très chaude à 48°. En cas d'insuccès et de persistance de l'hémorrhagie, on se hâtera de pratiquer la rupture des membranes avec un instrument pointu bien désinfecté et jamais avec l'ongle ; puis, on élargira bien l'ouverture et le plus souvent l'hémorrhagie s'arrêtera. Si elle persiste, on introduira immédiatement le ballon de Champetier désinfecté, pour terminer la dilatation et empêcher le décollement du placenta. Lorsque la dilatation est complète, on extrait le fœtus par la version ou par le forceps, suivant qu'il y a présentation de l'épaule ou du sommet. Si l'enfant est mort, on a recours au basiotribe.

Quand il y a présentation du siège, on cherche un des pieds, on l'abaisse, et l'on attend que la dilatation se complète avant de terminer l'extraction totale. Quand il y a présentation de l'épaule, si la dilatation n'est pas complète, on cherche à saisir un pied et on l'attire dans le vagin, en attendant que la dilatation s'achève. Mais, quand on se trouve en présence d'un sommet non engagé, MM. Pinard et Lepage recommandent de ne pas chercher un pied pour transformer en siège cette présentation du sommet.

L'accouchement terminé, il faut se tenir prêt à lutter contre les hémorrhagies formidables de la délivrance : on aura préparé à l'avance huit ou dix litres d'eau bouillie bouillante, que l'on coupera d'eau bouillie froide, de manière à en ramener la température à 48° et on fera de larges irrigations intra-utérines. Si le sang coule encore, on introduira le bras bien désinfecté, dans le vagin et avec la main, on détachera progressivement les cotylédons placentaires du segment utérin où ils sont insérés ; pendant ce temps, un aide comprimera l'aorte abdominale et la femme aura la tête très basse. Le placenta une fois décollé, on fera de nouveau des injections à 48° et une piqûre d'ergotine sous la peau de l'abdomen. Au cas où la malade serait en syncope, on devra tenter une injection sous-cutanée ou, mieux, intra-veineuse, de sérum artificiel.

Chlorure de sodium....	7 grammes.
Sulfate de soude........	3 grammes.
Eau bouillie............	1 litre.

Les suites de l'accouchement après insertion vicieuse du placenta, présentent, en raison de la faiblesse extrême de la femme et de la situation trop rapprochée de la vulve qu'occupe la plaie placentaire, une très grande gravité et une

disposition favorable à la septicémie ou à l'infection puerpérale. Il faut donc redoubler de précautions antiseptiques, pendant tout le temps des suites de couches. Le médecin accoucheur ne permettra aucun changement de linge, aucune injection, sans sa présence et autant que possible, il fera tout lui-même, pour être sûr de la propreté.

Nous avons encore, pour terminer, à parler du tamponnement, conseillé dans quelques cas par Tarnier.

Le tamponnement consiste à bourrer fortement le vagin avec des bourdonnets de coton antiseptique. On prépare 60 ou 80 tampons d'ouate hydrophile phéniquée ou sublimée, que l'on immerge dans une solution phéniquée au 1/50 ou sublimée 0.25/1000 ; et que l'on essore convenablement, puis on les réunit en chapelet au moyen d'un long fil unique, solide, bien antiseptisé et fortement noué autour de chaque tampon.

La femme est placée en travers du lit dans la position obstétricale, on vide le vagin des caillots qu'il contient, on le lave à l'eau très chaude bouillie et sublimée, puis on introduit les tampons aussi profondément que possible autour du col ; on continue à remplir avec des tampons isolés désinfectés et essorés et quand le vagin est parfaitement rempli, on applique extérieurement un gros tampon d'ouate aseptique et l'on maintient le tout fortement serré avec un bandage en T.

Le tamponnement provoque ou accélère les contractions du travail ; il peut être laissé en place jusqu'à ce que le fœtus l'expulse lui-même au moment de l'accouchement. Cependant, il vaut mieux le retirer s'il n'est pas expulsé au bout de 24 heures ; on le remplace alors par un autre, à moins que l'on se décide à introduire le ballon de Champetier et à terminer l'accouchement, ce qui est le meilleur parti à prendre.

Mais surtout on ne cherchera jamais à combattre l'hémorrhagie, avant l'accouchement et la délivrance complète, par l'ergot de seigle ou l'ergotine.

D[r] Paul HUGUENIN.

HYGIÈNE

Nouvelle industrie de la réfrigération du lait.

Communication à la Société Nationale d'agriculture de France (séance du 7 juillet), par Aimé GIRARD.

Le lait à Paris. — D'après une communication de M. Vinay à la commission municipale du lait (20 mars 1897) et à la Société d'agriculture, la ville de Paris en 1896 a consommé 210 millions de litres de lait, soit 575,000 litres par jour pour tout Paris, et 86 litres par habitant et par an. Ce lait a trois origines : 1° 5,900 vaches laitières nourries dans les laiteries parisiennes et fournissant en moyenne dix litres par jour donnent 21 millions de litres par an ; 2° une partie de la production des 20,000 vaches laitières qui existent dans la banlieue du département de la Seine dans un rayon de vingt kilomètres, et qui fournissent annuellement à Paris 53 millions de litres ; 3° environ 135 millions de litres (ou 180,000 tonnes) provenant de onze à douze départements : 43 p. 100 par la ligne de l'Ouest, 17 p. 100 par le P.-L.-M., et 10 p. 100 par la ligne d'Orléans, 14 p. 100 par l'Est, 1 p. 100 par l'Etat.

La consommation de lait frais à Paris entraîne une dépense annuelle de 54 millions de francs ; le lait venant par voies ferrées est vendu en gros aux lieux d'origine 10 à 12 centimes le litre ; 16 centimes pour les produits des vacheries de la banlieue, et 20 centimes pour les vacheries parisiennes. En raison des frais de transport et de manutention, il est vendu à Paris aux prix suivants : 135 millions de litres à 20 centimes ; 43 millions à 30 centimes ; 21 millions à 40 centimes ; 10 millions à 60 centimes et audessus. Le prix de transport par le chemin de fer et pour une distance moyenne de 100 kilomètres est environ de 12 francs par tonne ; pour 150 kilomètres, il varie de 14 à 25 francs en petite ou grande vitesse suivant le minimum de poids ; les provenances ne dépassent guère la zone de 150 kilomètres. La tonne (y compris le poids des récipients) représente 750 litres de lait ; le retour des récipients vides est gratuit par petite vitesse.

Ajoutons à ces renseignements que l'Assistance publique distribue chaque jour 8,000 litres de lait au prix moyen d'adjudication de 0 fr. 21, tant dans les hôpitaux que dans ses différents services, soit 3 millions de litres par an ; elle paye le lait stérilisé *29 centimes*.

On voit par ces chiffres que la découverte d'un *procédé physique*, sans aucune addition ni soustraction aux éléments normaux du lait, serait d'une importance capitale. C'est pourquoi nous publions le travail suivant de M. Aimé Girard, nous réservant de déduire ultérieurement les conséquences du procédé *Casse*, qui va être exploité, en France, par une compagnie anonyme, en voie de formation.

A. C.

Nouvelle industrie de réfrigération du lait.

Il s'est créé, en Danemark, depuis deux années environ, une industrie intéressante et qui, pour but, se propose d'assurer au lait une conservation telle qu'on puisse, avec toute garantie, l'expédier du lieu de production au lieu de consommation pour, là, l'emmagasiner sans crainte d'altération et ne le débiter à la clientèle qu'au fur et à mesure de ses besoins. La production devient, ainsi, indépendante des exigences variables du débit.

C'est sur l'emploi du froid que cette industrie repose, et les procédés qu'on y emploie sont dus à un ingénieur danois, M. F. Casse.

On sait depuis longtemps que, de tous les procédés de conservation du lait, le plus sûr est celui qui consiste dans l'application du froid, mais, dans le cas actuel, cette application a lieu sous une forme nouvelle et le succès qu'elle a rencontré à Copenhague suffirait, en tout cas, à justifier la communication qu'il m'a semblé intéressant de faire à la Société nationale d'agriculture.

Je décrirai rapidement les opérations que comprend l'industrie créée par M. Casse. L'originalité de son procédé réside en ceci, qu'*au lieu de soumettre à l'action du froid la totalité du lait dont il s'agit d'abaisser la température, il prend comme agent de ce refroidissement une partie de ce lait même.*

Sous l'action d'une machine frigorifique à am-

moniaque, le quart, le tiers, suivant la circonstance, du lait à conserver, est brusquement et rapidement (à — 16° environ) transformé en blocs solides du poids de 12 kilogs ; ces blocs sont jetés dans de grands bidons de 500 litres et là, au bout de quelques heures, recouverts avec le reste de la quantité de lait mise en œuvre.

Les bidons sont alors fermés, logés dans des magasins frais où, pendant plusieurs jours, ils peuvent attendre le moment où ils doivent partir pour les lieux de consommation.

Expédiés ensuite en wagons ordinaires, où, par précaution, on les entoure de paille, ils sont dirigés vers la ville où le lait doit être débité, et là, vidés dans de grands bacs. Contre les parois de ces bacs se déroulent de vastes serpentins à travers lesquels circule un courant d'eau à 16° seulement, sous l'influence duquel, en quelques heures, le lait reprend son état normal, pour enfin être livré aux débitants.

L'économie du procédé est aisée à caractériser ; elle consiste à rendre la production laitière indépendante des caprices de la consommation et à préserver le lait de toute altération pendant un temps assez long pour que l'excès des produits emmagasinés ait le temps de s'écouler ; la durée de la préservation par ce procédé est, d'ailleurs, considérable ; et l'emmagasinement des bidons a lieu dans des conditions de fraîcheur et d'isolement convenables, elle peut se prolonger pendant trois semaines.

M. F. Casse et Davidsen, son représentant à Paris, ont voulu nous montrer la réalité des avantages que ce procédé peut procurer à l'industrie laitière, et, dans ce but, ils ont fait venir, de Copenhague à Paris, un bidon de 300 litres, certains d'avance, que le lait contenu dans ce bidon supporterait la longueur du voyage sans que sa température s'éloignât de 0°, sans que, par conséquent, ses qualités fussent en aucune façon altérées.

Notre confrère, M. Ringelmann, a bien voulu offrir à M. F. Casse l'hospitalité de la Station d'essais de machines de la rue Jenner, et c'est là que le bidon a été reçu et ouvert, il y a quelques jours.

Le lait avait été trait le mardi 15 juin ; la congélation en blocs de la moitié environ de ce lait avait eu lieu le mercredi 16 ; les blocs, du poids de 12 kilogs chacun, jetés aussitôt dans le bidon et celui-ci rempli de lait le soir même. Le lendemain, le bidon était expédié à Copenhague où il était aussitôt plombé et cacheté de sceaux officiels. Le samedi, il faisait route, par bateau, de Copenhague à Lübeck, continuait, par chemin de fer, de Lübeck à Cologne et de Cologne à Paris où il arrivait enfin le 21 juin au soir ; le lendemain, il était dédouané et le 24, enfin, il était reçu à la Station d'essais de machines, par M. Ringelmann.

Il arrivait soigneusement habillé de cinq ou six feuilles de feutre épais, destinées à parer à l'échauffement par l'extérieur.

Ces feutres enlevés, M. Ringelmann a fait ouvrir le bidon par son personnel et nous avons pu procéder à l'examen des produits qu'il contenait ; l'aspect en était, certes, des plus intéressants : à la partie supérieure et sur une épaisseur de 30 centimètres environ, nageait un amas de cristaux de glace presque pure, indépendants, et tout différents des blocs compacts et durs formés par le gel primitif ; ces blocs, du fait d'un dégel partiel avaient perdu leur solidité première. Au-dessous de cette couche, le lait se présentait, parfaitement fluide, sans qu'aucun barattage apparent se fût produit en cours de route ; la température de la masse était de 0° ; *le goût du lait ne laissait rien à désirer.*

Pour rendre à celui-ci sa composition normale, les cristaux de glace ont été pêchés, logés dans de grands vases en métal étamé, fondus au bain-marie, et l'eau laiteuse fournie par cette fusion ajoutée au contenu du bidon.

Le lait, après neuf jours de voyage, nous était arrivé absolument sain et inaltéré, mélangé de glaçons qui, pendant plusieurs jours encore, auraient pu en assurer la conservation.

M. Lindet, professeur à l'Institut national agronomique, qui assistait à l'examen de ce lait, a bien voulu en faire l'analyse et lui a trouvé la composition suivante, en centièmes:

Beurre.............	3,07
Caséine............	3,06
Sucre de lait.......	4,80
Matière minérale...	0,73
Inconnu	0,14
Total de l'extrait.	11,80 p. 100 de lait.

C'est la composition d'un lait ordinaire de bonne qualité moyenne.

Les résultats matériels auxquels aboutit le procédé de M. Casse *sont donc certains* ; le lait peut, par ce procédé, être pendant de longs jours mis à l'abri de toute altération.

La pratique en a, d'ailleurs, démontré la valeur en Danemark. Deux usines pour la centralisation et le gel du lait sont établies en Fionie, à Utterslev et à Marslev, à 160 kilomètres environ de Copenhague. Là le lait des fermes environnantes est, chaque jour, traité par le procédé de M. F. Casse. Logés dans des wagons ouverts où, simplement, on les entoure de paille et les recouvre d'une bâche, les bidons sont dirigés sur Copenhague, et, à l'usine de dégel, reçus dans des magasins frais et isolés d'où on les extrait au fur et à mesure des besoins de la consommation, pour en achever le dégel à température peu élevée, de façon à ne rien faire perdre au lait de son arome.

Des renseignements qu'ont bien voulu me fournir M. Casse et M. Davidsen, il résulte que, dès aujourd'hui, la quantité de lait traité par le procédé que je viens de décrire s'élève à 30,000 litres par jour, et que ce lait, particulièrement, est recherché par l'Assistance publique de Copenhague et par tous les établissements hospitaliers de cette ville; au dire de M. F. Casse, la dépense du traitement ne dépasse pas un quart de centime par litre.

Il m'a semblé qu'il y avait, dans cette applition du froid à la conservation du lait, une question de technologie agricole intéressante à signaler à la Société nationale d'agriculture.

Aimé GIRARD,
(de l'Institut).

REPORTAGE MÉDICAL

L'exercice de la médecine aux colonies.— Un décret présidentiel, en date du 17 août, et publié dans le *Journal Officiel* du 11 septembre, vient de détermi-

ner l'application aux colonies de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine.

Dans les postes coloniaux, où ne résident pas de docteurs en médecine à poste fixe, les expertises médico-légales sont prescrites par voie de réquisition aux médecins détachés temporairement dans ces postes.

Art. 14. — Dans les établissements français de l'Inde est maintenue l'institution des médecins indigènes.

Dans les colonies où le besoin en sera reconnu, l'exercice de la médecine indigène pourra être autorisé par décret rendu sur la proposition du ministre des colonies, après avis du conseil supérieur de santé siégeant au ministère des colonies.

Des écoles spéciales pour le recrutement de ces médecins indigènes seront établies dans les mêmes conditions.

Art. 15. — Ces décrets détermineront :

1° Le mode de fonctionnement de ces écoles, les conditions d'admission et le programme de l'enseignement et des examens ;

2° Les obligations professionnelles imposées aux médecins indigènes et, en particulier, celles intéressant l'approvisionnement, le mode et les conditions de délivrance des médicaments,

3° Les conditions dans lesquelles s'exerceront le contrôle et la surveillance des médecins et des sages-femmes indigènes par les médecins du corps de santé des colonies.

Art. 16. — Les articles 16, 17, paragraphe premier ; 18, 19, 20, 21, 24, 26, 37 de la loi du 30 novembre 1892 sont applicables :

1° Aux médecins indigènes qui ne se conformeraient pas aux prescriptions du présent règlement et des décrets déterminant le fonctionnement de la médecine indigène dans la colonie où ils exercent ;

2° Aux indigènes, qui usurperaient le titre et les attributions de médecin indigène.

Art. 17. — La suspension temporaire ou l'interdiction absolue de l'exercice de la médecine, en ce qui concerne les médecins indigènes, peuvent être prononcés par les gouverneurs, par mesure administrative ou de sûreté publique, sans préjudice des dispositions de l'article 25 de la loi qui leur reste applicable, à l'exception toutefois du dernier paragraphe.

— *Les médecins auxiliaires.* — Le ministre de la guerre vient de décider que les étudiants en médecine, dispensés de l'article 23, qui, par suite de la perte de leurs droits à la dispense ou de leur renonciation au bénéfice de cette disposition de la loi, sont rappelés à l'activité pour accomplir deux années complémentaires de service actif, en qualité de médecins auxiliaires, recevront une indemnité de première mise d'équipement de 350 fr.

Les médecins auxiliaires ont, dans la hiérarchie militaire, la même position que les adjudants élèves d'administration des hôpitaux, reçoivent la même solde et se trouvent, comme ces adjudants, dans l'obligation de pourvoir à la dépense d'achat de leur uniforme.

— A dater du 15 septembre, ont commencé à circuler les *colis-postaux* de 10 kilogr. d'une dimension maximum de 1.50 en tous sens ; taxe 1.25 en gare, 1.50 à domicile, ou poste restante ; 1.75 lorsque le colis, déposé chez un correspondant du chemin de fer, ou, à son défaut, dans un bureau de poste désigné à cet effet, devra être porté par eux à la gare expéditrice. Dans Paris, la taxe est de 0.40, livrables à domicile, ou bureau restant.

— *Une pétition des libraires.* — Le Syndicat des Libraires de France fait circuler en ce moment une pétition qu'il se propose d'adresser au Ministre des Travaux publics, à l'effet d'obtenir que les articles de librairie taxés à la première série, soient admis à bénéficier des mêmes prix réduits stipulés dans le tarif spécial petite vitesse n° 19 de la Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée, pour le transport des papiers peints et à écrire, soit le prix de la troisième série, sans condition de tonnage, et le barême A, par expédition de 5.000 kilos.

La pétition s'appuie sur le fait que les frais de fabrication du livre sont aujourd'hui d'au moins 50 p. 100 moins élevés qu'il y a vingt ans, par suite de la transformation de l'outillage de l'imprimerie et de l'industrie papetière et de l'emploi de nouveaux succédanés dans la fabrication du papier. La proportion entre le prix des livres et leur poids n'est donc plus la même qu'autrefois, et il en résulte que les libraires des régions éloignées de Paris, centre de la librairie, payent actuellement des frais de port pouvant s'élever à plus de 15 p. 100 du prix d'achat de leur marchandise.

Ainsi, un libraire de Nice, pour recevoir 1.000 kilogrammes de livres de prix, de Paris, d'une valeur moyenne de 1.000 francs, payerait 154 francs de frais de transport. Du reste, si on veut avoir une idée de la proportion actuelle entre le poids et le prix de certaines catégories de livres, voici les chiffres qu'a relevés la pétition : 1.000 kilogrammes de livres de prix coûtent de 800 à 1.500 francs ; 1.000 kilogrammes de livres classiques et de vulgarisation, de 1.000 à 2.000 francs ; 1.000 kilogrammes de livres de piété ou de littérature religieuse, de 1.200 à 2.500 francs, 1.000 kilogrammes de livres d'étrennes, de 1.000 à 3.000 francs. Si on compare ces chiffres à ceux de la valeur des marchandises, dans la catégorie desquelles on veut faire rentrer les livres, on trouve que 1.000 kilogrammes de papiers peints coûtent de 800 à 3.000 francs et que 1.000 kilogrammes de papier à écrire ou de luxe varient de 1.500 à 3.000 francs.

D'après ces chiffres, la conclusion s'impose, et nous penchons à croire que le Ministre des Travaux publics prendra en sérieuse considération la requête si intéressante des libraires français ; le relèvement de la librairie de détail en France en dépend.

— *Dissolution des cadavres dans la potasse caustique.* — Le ministère public, à Chicago, vient de faire procéder à une curieuse expérience, ayant pour objet d'établir la culpabilité du sieur Adolph Luetgert, le riche fabricant de saucisses, qui est accusé d'avoir tué sa femme et d'avoir fait disparaître son corps en le déposant dans une cuve remplie d'acide. L'expérience a parfaitement réussi : dans une cuve pleine de potasse caustique, on a placé un cadavre, qui, au bout de deux heures, était complètement brûlé ou dissous, à l'exception de quelques petits fragments d'os ; des chairs il ne restait qu'une faible quantité d'une substance pâteuse ayant à peu près la consistance de la mélasse. Cette expérience est concluante, aux yeux du ministère public, en ce qu'elle prouve que Luetgert a très bien pu se débarrasser du cadavre de sa femme en le faisant dissoudre dans de l'acide, ce dont plusieurs experts avaient contesté la possibilité. L'attorney du district croit donc qu'il ne manque plus rien au faisceau de preuves réunies contre le fabricant de saucisses.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Calvet, de Castres (Tarn), membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année | N° 40 | 2 Octobre 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Nomination des médecins des hôpitaux par les Commisions administratives.

Un grave conflit vient de se produire au Havre. La Commission administrative a décidé en 1893, dans l'article 8 du règlement qui la régit, qu'elle pourrait nommer les titulaires des hôpitaux sans *droit d'ancienneté*.

Or, les médecins du Havre, en présence de cette prétention, de cet abus de pouvoir, de cette négation des concours, résolurent de ne plus y prendre part. Cette résolution énergique et logique ne fut malheureusement pas maintenue. Un concours eut lieu ; notre collègue de l'Association de la presse, membre du Concours médical, M. le Dr Sorel, fut nommé adjoint en première ligne, avec un point de plus que M. le Dr Lenormand qui fut désigné comme 2e adjoint.

Cette année, en juillet, un des titulaires des hôpitaux, M. le Dr Dujardin, chirurgien titulaire, vint à démissionner et la Commission administrative, en vertu du pouvoir excessif qu'elle s'était arrogé, nomma titulaire M. Lenormand et non M. Sorel.

A l'unanimité, le corps des médecins des hôpitaux du Havre protesta contre la mesure arbitraire dont M. Sorel était la victime.

Lettre du Corps médical hospitalier à la Commission administrative des Hôpitaux du Havre.

« Les médecins soussignés regrettent vive« ment la mesure prise à l'égard de M. Sorel, « premier chirurgien adjoint. Ils estiment que « cette mesure ne peut être prise que vis-à-vis « d'un confrère qui aurait démérité au point de « vue de l'honorabilité ou qui aurait montré une « incapacité chirurgicale. En conséquence, cette « mesure porte un préjudice moral et profes« sionnel grave à un confrère qui ne le mérite « en rien.

« Nous serions très reconnaissants à l'admi« nistration de vouloir bien suspendre sa déci« sion, persuadés qu'elle ne pouvait prévoir le « tort considérable qui en est la conséquence « vis-à-vis de M. Sorel et la pénible impression « d'insécurité pour le corps médical hospitalier, « qui ne demande qu'à apporter la plus entière « bonne volonté au service des malades.

« Ont signé : *MM. les docteurs Bruntschwig, Caron, Balard, Powilevicz, Pilet, Lausiès, Dubarry, Renau, de Lignerolles, Engelbach, Courbet, Deronde, Leroy, Lecène.*

« *M. le docteur Lemercier* appuie la proposition « par lettre étant souffrant ; *M. le docteur Frottier* envoie par dépêche son adhésion.

« MM. Lenormand et Sorel, mis en cause, se « sont abstenus. »

La Commission maintint sa décision. Elle pouvait vouloir dire, par cette décision, que le concours ne confère pas toutes les qualités qu'elle est en droit d'exiger des titulaires.

Mais elle ne peut appliquer cette exigence à M. Sorel, qui est chirurgien-adjoint, qui reçoit le traitement de cette fonction et contre qui aucune plainte ne s'est jamais élevée, comme le constatent ses collègues.

Mais il n'a pas le don de plaire à la majorité de la Commission, comme M. Lenormand, et cela suffit pour qu'on lui applique l'article du bon plaisir, l'article draconien !

Nous nous joignons aux médecins du Havre, dans leur protestation. Mais nous regrettons vivement que la décision prise au début, n'ait pas été maintenue. Les jeunes médecins ne devaient pas concourir, lorsqu'ils connurent l'article inséré dans le règlement hospitalier ; concourir, c'était l'accepter, le consacrer.

La protestation actuelle et l'ardente polémi-

que, qui s'est engagée entre les intéressés, sont vaines et sans effet utile. M. Lenormand est titulaire et il prétend le rester : il n'a pas fait à l'esprit de solidarité générale, le sacrifice de sa nomination. Comme M. Sorel, il devait s'attendre à ce que si lui-même avait été nommé premier au concours, on pût, en vertu de l'article autoritaire, lui préférer son concurrent. C'est là son excuse, peut-être.

Cette aventure prouve que les futures violations de l'équité étaient à prévoir, lorsqu'on acceptait de concourir. Les médecins des hôpitaux du Havre devaient protester en masse, au moment où ils connurent l'article qui les menaçait et mettait en péril le classement du concours, pour les nominations des titulaires.

Que reste-t-il à faire ? Nous ne voyons d'autre issue qu'une démarche collective pour amener la Commission à renoncer à l'article injuste et, dans le cas de refus, lui déclarer qu'on renoncera, par réciprocité, au concours, qui lui donne les meilleures bases de son choix, puisque le classement qu'il amène n'assure aucune garantie aux candidats. Le régime du bon plaisir régnera alors, sans conteste, au Havre et produira ses fruits amers, comme toujours.

A. C.

LA SEMAINE MÉDICALE

Opération du ptosis complet par autoplastie ou greffe musculaire.

Lorsque le ptosis est léger (parésie ou insuffisance du releveur de la paupière), on peut le guérir facilement par la résection d'un lambeau cutané et d'un certain nombre de fibres du muscle orbiculaire, comme le conseillait de Graefe.

Si la chute de la paupière est plus marquée, l'avancement du tendon du releveur sur le cartilage tarse, selon le procédé d'Eversbusch, donne de très bons résultats, que l'on peut rendre meilleurs encore en réséquant, d'après le conseil de Gillet de Grandmont, 2 ou 3 millimètres de cartilage tarse. Il a été publié dans les comptes rendus de la Société d'ophtalmologie de Paris la relation de plusieurs cas de ce genre et on a opéré de nouveaux malades depuis ; les résultats ne se sont pas démentis.

Mais, il est une sorte de ptosis complet, absolu, le plus souvent congénital, où la paupière recouvre complètement la pupille ; ce n'est qu'en relevant fortement la tête et en contractant son muscle frontal, que le malade peut arriver à entr'ouvrir les paupières.

Dans ces cas, le moyen chirurgical, qui a donné les meilleurs résultats est celui qui a amené la suppléance du releveur de la paupière par le muscle frontal, en reliant ce dernier avec le bord palpébral par une sorte de tendon artificiel constitué, dans les procédés de Dransart et de Pagenstecher, par des tractus, par des traînées cicatricielles, ou, comme dans le procédé de Panas, par un lambeau de peau qu'on insinue jusqu'au niveau du muscle frontal.

M. le Dr Darier pratique l'opération suivante qui donne de remarquables résultats :

La paupière étant bien tendue sur une plaque d'écaille, on fait deux incisions pour tailler un lambeau ovalaire parallèle au bord palpébral. Ce lambeau de peau, de 3 millimètres de large sur toute la longueur de la paupière, doit être excisé avec beaucoup de soin, pour que le muscle orbiculaire sous-jacent reste intact. On découpe alors deux languettes du muscle orbiculaire, qu'on laisse adhérer encore à leur base ; puis, faisant une incision, dans le sourcil, longue de 2 centimètres environ, on décolle la peau de la paupière de haut en bas, jusqu'à ce que l'on soit arrivé au niveau de l'incision palpébrale. Alors, passant une pince par-dessous ce tunnel cutané, on va saisir une des languettes du muscle orbiculaire antérieurement préparée et on l'attire jusqu'à l'incision sourcilière. Là, au moyen d'un fil, on suture à la lèvre supérieure de la plaie la languette musculaire ; l'autre est saisie et suturée de la même façon à l'autre extrémité.

Il ne reste plus alors qu'à détacher la base de chacune des languettes musculaires, pour la suturer au cartilage tarse et à la lèvre inférieure de l'incision palpébrale.

Les fils, qui fixent les deux languettes suturent en même temps les lèvres de la plaie et la traction que l'on exerce sur les fibres musculaires relève plus ou moins la paupière. C'est là ce qui constitue le temps le plus délicat de l'opération, car il faut que la traction ne soit ni trop forte, ni trop faible, pour qu'il n'y ait ni insuffisance, ni excès de correction.

Reste maintenant à savoir ce que deviendront ces fibres musculaires transplantées ? L'exercice va-t-il leur créer une nouvelle fonction et faire d'elles un nouveau muscle releveur de la paupière au lieu de conserver leur ancienne action, qui était de fermer les paupières ? C'est ce que l'avenir nous apprendra.

Les soins consécutifs sont très simples. Ils se bornent, après cinq ou six jours, à l'ablation des sutures, la réunion étant obtenue par première intention.

Procédé facile pour provoquer la diplopie monoculaire à l'aide du prisme simple. Son application à la recherche de la simulation.

Toujours désireux de doter l'ophthalmologie de procédés d'investigation éminemment pratiques, M. le Dr S. Baudry, de Lille, a fait au Congrès de Moscou une très intéressante communication sur un procédé nouveau destiné à dépister les simulations d'amaurose unilatérale. Ce procédé a pour but d'obvier à deux inconvénients, que présente l'emploi du prisme par la méthode de M. Alf. Graefe. Ces inconvénients sont :

1° Une différence sensible de netteté et de coloration entre l'image réelle et l'image virtuelle, dont les bords sont irisés. L'image virtuelle de la flamme de la bougie donnée par le prisme biréfringent est, en particulier, beaucoup moins brillante, puisque la lumière incidente se divise en deux faisceaux réfractés d'intensités égales entre elles et à la moitié de l'intensité incidente ;

2° La forme spéciale des verres employés permettant au simulateur de reconnaître qu'on lui a placé, devant les yeux, tantôt la base ou l'arête du prisme, tantôt le prisme lui-même ou le biprisme ; la possibilité de se rendre compte des mouvements de déplacement que l'expert impri-

me au verre pendant l'expérience, pour faire succéder la diplopie binoculaire à la diplopie monoculaire.

Le procédé que M. *Baudry* propose, permet de supprimer à peu près complètement ces divers inconvénients, et d'obtenir des images doubles assez semblables, pour que le simulateur ne puisse distinguer l'image virtuelle de l'image réelle, ni reconnaître que la double image est l'effet de la diplopie monoculaire ou de la diplopie binoculaire. Enfin, la disposition de l'instrument qui sert à l'expérience est telle, que le simulateur ne peut pas davantage constater qu'il a devant l'œil déclaré sain, la *base* du prisme seule ou le prisme tout entier, même s'il a connaissance du mécanisme de l'appareil.

Pour cela, on place, devant la flamme d'une bougie placée à 2 ou 3 mètres, un *verre rouge foncé*, de *couleur bien homogène*. La coloration des images virtuelles étant produite par la décomposition de la lumière blanche, à travers le prisme, si, au lieu de lumière blanche, on emploie de la lumière rouge, comme celle qui traverse un verre rouge coloré par l'oxyde de cuivre, il ne peut plus y avoir de décomposition, et, partant, *les images réelle et virtuelle sont identiques*.

L'interposition de ce verre rouge foncé rend à peine sensible la différence qui existe encore entre les images dans la diplopie binoculaire et dans la diplopie monoculaire. Remarquons, en effet, que dans la diplopie binoculaire, les rayons lumineux pénètrent par la totalité de l'orifice pupillaire, tandis que dans la diplopie monoculaire, chacune des images est formée par la moitié des rayons qui ont pénétré par la moitié du même orifice. Il en résulte que l'intensité de coloration de chacune des images, dans la diplopie binoculaire, est deux fois plus grande que chacune des mêmes images dans la diplopie monoculaire. On remédierait facilement à cette cause d'erreur, en rétrécissant de moitié l'ouverture du diaphragme, au moment où l'on fait succéder la diplopie binoculaire à la diplopie monoculaire, mais pour cela, il faudrait armer l'œil déclaré mauvais d'un écran, ce que l'on doit éviter, de l'avis de l'auteur, si l'on veut surveiller les mouvements de cet œil.

L'instrument dont il se sert est construit par MM. *Van Ackere* et *Brunner*, opticiens à Lille.

Injections de sérum intra-veineuses et sous-cutanées.

D'une étude très complète sur les injections intra-veineuses et sous-cutanées de sérum artificiel, M. le Dr *Beurnier* tire les importantes conclusions suivantes (*Bull. de thérapeutique*) :

1° L'injection intraveineuse de sérum est une opération possible à l'hôpital, lorsqu'on a des aides et une instrumentation suffisante :

Des aides pour aseptiser largement et vous seconder dans le manuel opératoire, souvent difficile et toujours délicat ;

Une instrumentation suffisante, bande de Nicaise, gros tube de caoutchouc, soie, catgut, crins de Florence, etc., qu'on n'a pas d'habitude dans sa trousse.

2° Même dans ces circonstances, elle est toujours dangereuse par la possibilité de l'embolie. Si les conditions d'antisepsie ne sont pas parfaites, la phlébite consécutive est à redouter.

3° Elle n'est pas plus efficace que l'injection sous-cutanée, car les quantités injectées dans le même temps par l'une ou l'autre méthode sont peu différentes, et la vitesse d'absorption est la même.

4° Si la douleur est, par exception, trop intense dans l'injection sous-cutanée, il suffit de faire plusieurs injections en différents points.

5° Quant au procédé à employer dans la méthode sous-cutanée, l'appareil de Blanc agissant par refoulement est très applicable, et il a ce grand avantage d'être entre toutes les mains. Il est évidemment préférable de se servir de l'appareil de Demouthiers, lorsqu'il est possible de se le procurer.

6° L'injection intraveineuse est une opération, tandis que l'injection sous-cutanée n'en est pas une à proprement parler, et notre premier devoir est d'éviter une opération qui n'est pas nécessaire et qui, de plus, est dangereuse.

7° Donc l'injection intraveineuse ne doit pas être recommandée aux praticiens, et ils trouveront toujours dans l'injection sous-cutanée une ressource suffisante, qui ne leur donnera aucun mécompte.

Etiologie de la paralysie générale.

D'après M. le Dr Ch. Vallon, de Paris, l'hérédité, la syphilis et l'alcool constituent une sorte de trépied, qui est la base étiologique de la paralysie générale. Quelquefois, en l'absence d'antécédents héréditaires, la syphilis peut seule causer la paralysie générale ; il en est de même de l'alcoolisme ; mais celui-là remplit les meilleures conditions pour devenir paralytique général, qui, héréditairement prédisposé aux maladies cérébrales, contracte la syphilis et, de plus, se livre à des excès alcooliques. La paralysie générale est intimement liée aux autres affections cérébrales et mentales. Les paralytiques généraux procréent souvent des enfants idiots, épileptiques ou vésaniques.

On a prétendu que la syphilis et l'alcool ne produisaient pas la paralysie générale vraie, mais seulement des pseudo-paralysies générales. L'auteur montre la fausseté de cette proposition, en s'appuyant sur les recherches histologiques de M. Biswinger.

Influence de l'accouchement sur les maladies nerveuses que présentent ultérieurement les enfants et en particulier sur la maladie de Little.

M. le Dr *Verrier*, de Paris, a proposé, au Congrès de Moscou, une nouvelle classification des maladies nerveuses infantiles où il fait entrer non seulement les paralysies infantiles obstétricales comme Duchenne, mais encore, *toutes les maladies nerveuses infantiles* suites d'accouchement. La première classe comprend tous les traumatismes et les paralysies infantiles obstétricales de Duchenne ; la deuxième classe, les maladies nerveuses d'origine infectieuse et toxique provenant de la mère, du père et de l'enfant ; la troisième classe, celles d'origine *intra-utérine*, ou se produisant au moment de l'accouchement.

Il rapporte une observation pour chaque classe, prise dans le service de M. le Pr Raymond, avec son autorisation, et conclut à introduire

dans le cadre qu'il a tracé, la paralysie spasmodique infantile, *spastic rigidity* de Little, ainsi que les origines de certaines syringomyélies, dues à des hématomyélies traumatiques survenues au moment de l'accouchement.

Mais, il insiste sur l'insufflation de bouche à bouche ou avec le tube de Chaussier, qu'il accuse de produire des accidents toxiques par l'envoi dans les poumons de l'enfant d'acide carbonique, qui ne serait pas sans influence sur les spasmes paralytiques des nouveau-nés, et qu'il range pour cette raison dans sa deuxième classe. Enfin M. Verrier soutient la théorie de M. Raymond pour le diagnostic clinique de la maladie de Little. 1° Etat spasmodique limité aux membres inférieurs ; 2° troubles de la sensibilité avec anesthésie dissociée ; 3° troubles du côté des sphincters ; 4° naissance en état d'asphyxie par suite des difficultés de l'accouchement.

Si tout le monde est d'accord sur ce syndrome, on n'aura pas de peine à s'entendre sur le diagnostic anatomique. Malheureusement, il n'en est pas ainsi, et l'on a souvent pris des affections spasmo-paralytiques de l'enfance pour la maladie de Little vraie. D'où, les uns, avec M. Pierre Marie, assignent à la maladie de Little l'arrêt de développement du faisceau pyramidal ou sa dégénérescence, et, comme condition étiologique, la naissance avant terme, sans qu'il soit besoin d'y ajouter les difficultés de l'accouchement. Les autres, avec M. le Pr Raymond, prétendent que le fait d'être né avant terme n'est pour rien dans le développement de la maladie de Little ; la production d'une lésion cérébrale antérieurement à la naissance ou au moment d'une naissance laborieuse est tout. M. Verrier se range à cette opinion et ajoute que l'insufflation par suite de l'asphyxie, notée par Little lui-même, est aussi un facteur important dans la production de la lésion cérébrale, et conclut à ranger la maladie de Little dans la 3e classe de sa classification.

Le nouvel injecteur vaginal à double courant de M. A. B. Cruickshank.

D'après le *Progrès médical*, le nouvel injecteur de M. Cruickshank, appelé la « *Vonda* », est un injecteur, à douche et à aspiration alternatives, dont la poire est divisée en deux compartiments et la canule possède deux passages. Cette ingénieuse disposition lui permet à la fois l'injection et l'aspiration, de sorte qu'alternativement l'eau est injectée dans le vagin et en est retirée par l'aspiration ; ce double mouvement se continue aussi longtemps qu'on le désire, sans retirer la canule du vagin. Elle est un parfait détersif : l'aspiration — quoique douce — retirant toutes les matières étrangères du vagin et du col de l'utérus, résultat impossible à obtenir avec tout autre injecteur. Elle distend également et suffisamment les plis de cet organe, de manière à permettre à l'eau d'en atteindre toutes les parties, qui ainsi se trouvent forcément bien nettoyées. Jamais la même eau n'est utilisée deux fois. Comme l'extrémité élargie de la canule obstrue complètement l'orifice du vagin, une injection astringente ou caustique peut être maintenue en contact avec les parois de cet organe aussi longtemps qu'on le désire, et cette extrémité élargie protège aussi la vulve et les parties sensibles, de sorte qu'on peut employer l'injection beaucoup plus chaude qu'avec un injecteur ordinaire. La « *Vonda* » peut fonctionner, même étant au lit, sans répandre une goutte d'eau sur les draps. C'est en somme, un injecteur à double effet, très intelligemment compris, et qui a déjà rendu de grands services.

Traitement de l'érysipèle par les pulvérisations chaudes de liqueur de Van Swieten.

Nous rappelons à nos chers lecteurs les avantages inestimables qu'ils peuvent obtenir dans le traitement local de l'érysipèle par la méthode de M. le Dr Alb. Robin et nous leur demandons la permission de leur décrire le modus faciendi de cette méthode peu compliquée :

On se sert d'une *solution aqueuse de sublimé au millième* : ce n'est pas à proprement parler de la liqueur de Van Swieten, car il n'y entre pas d'alcool ; on ajoute simplement par litre un gramme d'acide tartrique pour prévenir la formation d'un albuminate de mercure.

Ce liquide est pulvérisé à l'aide du *pulvérisateur à vapeur* ; ce qui a les avantages suivants :

1° La solution de sublimé est diluée par le jet de vapeur et arrive chaude sur la peau du malade ; d'où un effet sédatif très marqué et un effet antiseptique plus considérable qu'avec une application froide (on sait combien la chaleur renforce le pouvoir microbicide) ; d'où encore un effet antiphlogistique, que, depuis longtemps, on sait intense sous l'influence du spray.

2° La pulvérisation peut être facilement continuée tout le temps nécessaire.

On pourrait aussi, en cas de besoin, se servir d'un pulvérisateur quelconque, à la condition de faire chauffer la solution de sublimé ; mais il est évident qu'on obtiendrait une action moins efficace.

Préparation du malade. — Le malade est couvert d'une alèze ou d'une toile imperméable, pour qu'il ne soit pas mouillé ; il ferme la bouche et les yeux, ceux-ci étant protégés par un tampon d'ouate ; au cuir chevelu, les cheveux empêchent le liquide pulvérisé d'agir suffisamment ; aussi, dans les érysipèles graves avec un état général inquiétant, doit-on couper les cheveux.

Manuel opératoire. — Pour pulvériser, on place les becs de l'appareil à une distance d'environ 30 centimètres de la plaque érysipélateuse, et on imbibe longuement toutes les parties de la plaque, en insistant au niveau du bourrelet limité ; la durée des pulvérisations est variable avec l'étendue de la surface à couvrir ; elle est en moyenne, pour un érysipèle facial, de trente minutes.

Le nombre des pulvérisations est de six à huit les deux premiers jours ; on le diminue quand l'amélioration est manifeste ; bien entendu on ne peut donner sur ce point d'indications formelles, absolues ; tout est subordonné à la gravité du cas, aux symptômes locaux ou généraux, à l'époque de la maladie ; mais il ne faut pas cesser trop tôt les séances de spray et les faire trop courtes, sous peine d'assister à une

reprise des phénomènes morbides. En moyenne, les pulvérisations sont à continuer trois à six jours.

Telle est, dans toute sa simplicité, cette méthode de traitement local des érysipèles de la face ; applicable tout aussi bien aux érysipèles traumatiques et aux lymphangites graves, elle constitue une arme thérapeutique d'une efficacité considérable.

Y a-t-il des inconvénients à cette méthode ? — Jamais le moindre accident d'hydrargyrisme n'a été observé. Jamais, non plus, il ne s'est produit de lésions cutanées, les phlyctènes n'ont pas semblé plus nombreuses que dans les autres érysipèles, et aucun malade n'a présenté ni immédiatement, ni consécutivement (malades revus après plusieurs mois) une pigmentation quelconque. Enfin la méthode peut être mise entre les mains de tous ; on n'a pas à craindre de pulvériser trop.

Traitement adjuvant. — Les malades sont mis en même temps au régime lacté et leurs urines sont examinées tous les jours au point de vue de l'albumine.

La quinine et le vin de quinquina à haute dose sont utiles ; dans les cas très graves il faut recourir aux bains froids, parallèlement aux pulvérisations.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Notes prises aux conférences sur la chirurgie d'urgence, dans le service du Dr Lejars.

Contusions de l'abdomen.

Les signes, par lesquels se traduisent les contusions de l'abdomen, ne sont pas toujours en rapport avec les lésions coexistantes; d'où l'embarras où l'on se trouve quelquefois pour choisir le mode d'intervention.

C'est qu'en effet, on aura à intervenir différemment, selon que l'on aura affaire à des contusions légères, de gravité moyenne, ou franchement graves.

I. — *Contusions légères.* — Cliniquement, en présence d'une contusion légère, on ne constatera qu'un *choc abdominal*, comparable au choc cérébral, et pouvant même dans certains cas s'accompagner de syncope réflexe.

Ce choc abdominal se traduit par une respiration embarrassée, courte et irrégulière, un affaiblissement du pouls, un abaissement de la température, une prostration très marquée, enfin par une sensibilité douloureuse étendue à toute la région du ventre.

Dans ces cas sans gravité, on se bornera à un pansement ouaté de toute la partie contuse, à des injections de sérum artificiel ou de caféine plus ou moins considérables suivant l'état du sujet, et l'on s'abstiendra, d'une façon générale de toute intervention.

Quoi qu'il en soit, il est de bonne pratique, sinon nécessaire, lorsqu'on se trouve en présence d'une contusion de l'abdomen, de procéder à un examen plus approfondi ; car dans certains cas le choc abdominal peut se compliquer d'une lésion viscérale.

Un bon signe permettra de distinguer le choc dû à une contusion simple, d'une contusion compliquée de lésion viscérale, (rupture d'épiploon, de mésentère sans rupture de l'intestin), c'est l'aggravation progressive des symptômes fonctionnels révélant la présence d'une hémorrhagie interne : le pouls devient plus petit, la température s'abaisse peu à peu.

C'est dans de semblables cas qu'il est urgent d'intervenir, sans tarder, sans attendre l'apparition des premiers signes de péritonite, car bien souvent la réaction est peu accusée, le malade pouvant ne présenter ni vomissements, ni hoquets, ni météorisme — Et ce n'est que par la recherche des signes physiques que l'on pourra s'assurer de la présence de l'épanchement sanguin intra-abdominal, autrement dit la constatation dans la fosse clinique, d'une zone de matité due à l'accumulation du sang dans la partie inférieure du ventre, soit à droite, soit à gauche, suivant qu'il se sera épanché d'un côté ou de l'autre du mésentère.

Il ne faut pas s'attendre à sentir une tumeur plus ou moins circonscrite, car le sang est liquide et se déplace par conséquent avec une extrême facilité. — Tous les signes physiques se résument donc à la perception d'une zône de matité, qui est plutôt de la submatité qu'une matité vraie.

Dans ces circonstance, l'opération indiquée est la laparotomie, et à l'ouverture du ventre on trouvera souvent une grande quantité de sang liquide, que l'on commencera par évacuer.

Deux cas peuvent alors se présenter :

a) ou bien, l'on a affaire à une rupture vasculaire.

b) ou bien, l'on a affaire à une rupture d'un organe creux, et dans ce derniers cas, il y a fréquemment sortie des matières fécales, ce qui aggrave de beaucoup le pronostic.

II. *Contusions de gravité moyenne.*

Sous ce nom, nous rangerons les contusions abdominales avec hémorrhagie interne simple, hémorrhagie, qui peut être due à une rupture du mésentère, de l'épiploon, du foie et de la rate.

1° *Dans les ruptures du mésentère*, on a ordinairement affaire à une longue fente donnant une assez grande quantité de sang, d'une façon lente, mais continue, ce qui en fait la gravité. — Le mieux est alors d'établir un surjet entre les deux bords de la plaie. — Il faut se garder d'user de pinces hémostatiques, l'usage de ces instruments ne sert qu'à déchirer davantage le mésentère ou à produire des hématomes par rupture éloignée des artères.

3° *Dans les ruptures de l'épiploon*, si la fente est large et l'hémorrhagie impossible à arrêter, on devra réséquer cet épiploon en le ligaturant au-dessus du point qui donne. Il est à remarquer que l'épiploon est assez difficile à bien lier, aussi ne faut-il pas craindre de serrer hardiment les fils de sa ligature : on s'évitera ainsi les ennuis d'une hémorrhagie secondaire, d'autant plus aisée à se produire dans la cavité abdominale, que celle-ci est à la fois une cavité muqueuse, par conséquent très vasculaire, et une cavité aspirante, par suite du jeu des muscles abdominaux et du diaphragme, qui, dans les mouvements respiratoires, pompe pour ainsi dire le sang qui s'épanche.

3° *Les ruptures du foie* se présentent généralement sous la forme de fissures, d'écrasement,

de lambeaux hépatiques détachés. Ce sont là des lésions d'une gravité extrême, car le foie donne toujours beaucoup de sang (surtout d'une façon continue) ses gros vaisseaux restant toujours béants.

L'hémostase, sur le foie, est très difficile à réaliser, aussi a-t-on bien souvent à redouter une hémorrhagie secondaire presque toujours mortelle, telle qu'il nous a été donné d'en observer une chez un jeune homme, qui présentait une rupture du foie intéressant l'une des branche de l'artère hépatique et qui au bout d'une semaine d'amélioration très sensible (après intervention) mourut tout d'un coup, un matin, presque sous nos yeux.

On essaiera néanmoins en pareil cas de faire la suture des deux lèvres de la plaie, en ayant soin de prendre beaucoup de parenchyme hépatique, et d'appliquer par-dessus un bon tamponnement.

On a aussi proposé la ligature en masse.

4° *Rupture de la rate.* — Ce qui vient d'être dit des ruptures du foie pourrait se répéter à propos de celles qui intéressent la pulpe splénique. — Mais ici on a une ressource, celle de pouvoir enlever l'organe lui-même, et l'ablation d'une rate saine donne assez souvent de bons résultats.

Tous les organes du pédicule de la rate se trouvent sur le même plan, une fois que l'on est en possession de ce pédicule il suffit de poser une grande ligature le prenant en entier et d'y ajouter ensuite deux ou trois autres fils, pour faire quelques ligatures secondaires partielles.

III. — *Contusions graves.*

Ce sont celles où il y a rupture d'un organe creux, où l'intestin est primitivement rompu. — Il faut intervenir à temps, c'est-à-dire aussitôt qu'apparaît la *réaction péritonéale* et ne pas attendre l'apparition des premiers symptômes de péritonite confirmée.

L'intestin se rompt très facilement et c'est en général contre la colonne vertébrale (l intestin étant pris entre le corps traumatisant et le rachis) que s'effectue cette rupture. — Quelquefois même plusieurs anses intestinales peuvent être coupées sur un même plan transversal. — Sans compter (car ils peuvent aussi intervenir) les mécanismes par éclatement, par traction.

Ces ruptures intestinales peuvent être complètes ou partielles uniques ou multiples. — Mais le point capital est ici le diagnostic de la rupture et le mode d'intervention.

Pour arriver au diagnostic, on attendra quelques heures (2 ou 3 au plus) pour voir si l'on ne se trouve pas simplement en présence d'une contusion légère avec choc abdominal. — Puis, une fois les signes de choc disparus, si le sujet présente encore des phénomènes de réaction péritonéale, c'est qu'il y a lésion viscérale.

Il ne faut pas compter pour établir son diagnostic sur des phénomènes de péritonite, ni attendre l'apparition des vomissements, qui ne sont nullement pathognomoniques. — Ce sera sur l'état du *pouls*, de la *température* et du *ventre*, sur ces trois signes de réaction péritonéale, que l'on devra se baser pour faire le diagnostic des probabilités.

a) *Le pouls.* — D'abord petit par suite du choc abdominal, se relève au bout de quelques heures, s'il n'y a que des contusions sans gravité. — Si, au contraire, il reste fréquent, oscillant entre 130 et 140 pulsations, petit et irrégulier, il indique une lésion grave.

b) *La température* : L'hypothermie du début persiste et même s'accentue.

c) *Le ventre*, se ballonne toujours dans le cas de rupture intestinale, et l'on peut avoir soit du météorisme hépatique (n'est pas toujours exact), soit un météorisme généralisé, qui va s'accroissant de plus en plus.

A notre avis, la constatation de ces trois symptômes est largement suffisante pour imposer l'intervention.— Il faut bien se dire que le nombre des contusions graves guérissant d'elles-mêmes, ou par opération tardive, sont très limitées ; aussi doit-on, quand il faut intervenir, opérer rapidement, c'est-à-dire dans les 24 heures.

On a encore proposé, pour parfaire son diagnostic, de pratiquer une boutonnière exploratrice: si, par cette ouverture, on voit sourdre des matières fécales ou se dégager des gaz, on ouvre plus largement et l'on fait le nécessaire; si on ne trouve rien, on en est quitte pour refermer la plaie.

Disons, pour terminer, que l'on doit apporter à cette petite opération autant de soins et d'asepsie qu'à une large laparotomie.

Se rappeler enfin, que si on attend pour intervenir, comme le voulait Trélat, les premiers symptômes de péritonite, on arrive trop tard et l'on trouve un ventre rempli de pus.— C'est pourquoi, lorsqu'il est appelé auprès d'un malade qui est blessé déjà depuis plusieurs jours et pour lequel, on a différé l'intervention chirurgicale, l'opérateur a beaucoup moins de chances pour réussir et que c'est sur lui que retombent, en cas d'insuccès, les responsabilités qu'il n'a pas assumées.

P. Marais,
Externe des hôpitaux.

M. P. Marais est le fils de notre ancien collaborateur et sympathique collègue de l'Association de la Presse Médicale, le Dr Marais, de Honfleur.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

Des contre-indications du Kola

Jusqu'à présent le kola a été regardé comme un stimulant excellent, et avec raison. Mais on l'a donné et on l'administre encore un peu à tort et à travers — sans mesure, sans indications bien précises. On en a même quelque peu abusé. Ce n'était qu'un concert de louanges, au début. On n'entendait parler que de ses bienfaits et rarement de ses méfaits.

On commencerait pourtant à lui trouver quelques défauts, au dire de certains praticiens, si l'on s'en rapporte à une étude sur l'action physiologique du kola. (*Journal de pharmacie et de chimie*, 1897, t. X., p. 114).

On lit en effet dans ce journal que : « L'action spéciale du kola sur le système nerveux cérébro-spinal et sympathique serait attribuable, d'après S. Walter Barr, non à la caféine, mais à une autre partie constituante du Kola.

Le kola commence par stimuler les fonctions

du système nerveux cérébro-spinal et sympathique, mais, comme c'est la règle, ordinairement, il finit par les paralyser ; seulement, cette action secondaire, consécutive à une stimulation excessive, ne survient qu'après administration des doses massives. Elle ne s'observe que dans le domaine nerveux le plus sensible à l'action du kola, à savoir certains réflexes et l'appétit sexuel. La parésie cérébrale causée par une stimulation excessive peut, à la longue, devenir *très dangereuse*.

L'action stimulante du kola sur le système nerveux cérébro-spinal se manifeste d'une manière très appréciable du côté des muscles. Quant à son action stimulante sur le système nerveux sympathique, elle se manifeste par des mouvements péristaltiques plus énergiques et par une sécrétion intestinale exagérée, le rétrécissement des petites artérioles et l'augmentation consécutive de la tension sanguine : cette dernière est en partie attribuable au fonctionnement plus énergique du cœur, qui, à son tour, est une autre manifestation de la stimulation des ganglions sympathiques. La stimulation de l'appétit sexuel et l'hyperexcitabilité réflexe primaire *sont suivies, plus tard, d'une parésie secondaire*, qui survient plus rapidement que ne se fait sentir la fatigue des centres nerveux, moins sensibles à l'action du kola.

L'excrétion de l'urine est parfois tarie pendant six heures après l'administration du kola.

L'état général est souvent très amélioré. Il ne survient pas d'accoutumance à ce remède, et l'on n'est pas obligé de relever considérablement les doses initiales. Quant à indiquer d'avance les doses auxquelles cette drogue sera administrée, *c'est chose impossible* : les susceptibilités individuelles envers le kola varient si considérablement d'un sujet à l'autre, qu'il est de toute nécessité d'être très circonspect dans l'emploi de ce médicament.

En effet, ainsi qu'il arrive avec toutes les autres drogues exerçant une influence sur le système nerveux sympathique, le kola provoque chez quelques personnes *des effets secondaires fâcheux*.

Comme antidotes du kola, on peut prescrire la strychnine et des exercices fatigants. La mort est sans doute attribuable à la paralysie cardiaque, mais ordinairement elle ne survient qu'après des doses massives. »

Ce procès fait au kola ne nous surprend point, et depuis longtemps, nous avons observé des faits qui doivent mettre sérieusement en garde contre lui.

Tout d'abord, son action stimulante de l'appétit sexuel ne nous paraît pas si merveilleuse qu'on a bien voulu le dire, soit que les inconvénients qui résultent de son emploi chez les personnes d'un âge déjà avancé neutralisent ses effets, soit que la parésie secondaire consécutive à son usage se produise plus ou moins *à contre-temps*.

Ensuite, en dehors de son principe spécial qu'il ne faut pas confondre avec la caféine, nous assimilons l'action du kola à celle d'une épice. Il se comporte comme un poivre avec tous les inconvénients des condiments de ce genre. C'est en cette qualité qu'il agit sur les muqueuses, notamment sur celle de la bouche, qu'il irrite. Certains maux de gorge doivent être mis à son actif, et nous avons remarqué souvent son action irritante sur la muqueuse du canal de l'urèthre. C'est pour cela qu'il ne convient point aux arthritiques, surtout aux arthritiques nerveux.

De plus, nous avons maintes fois remarqué que le kola est un congestif de tout le réseau vasculaire du petit bassin, et c'est surtout à ce titre qu'il agit comme excitant sexuel.

Chez certains prostatiques au début, et chez les vieillards, nous avons remarqué des congestions intenses de la prostate avec des phénomènes consécutifs de compression : matières fécales laminées — rétention des gaz abdominaux — envies fréquentes d'uriner avec miction difficile, — sensation de brûlure plus ou moins accentuée dans le canal de l'urèthre — sentiment de constriction anale et vésicale — douleurs rectales et rétro-pubiennes — pesanteurs, malaises généraux — démangeaisons anales et périnéales — accidents cessant toutefois assez rapidement et assez heureusement dans la plupart des cas.

Nous avons observé ces phénomènes avec des doses *très modérées* de kola, ce qui démontre bien l'importance de commencer par de petites doses et, comme le dit l'auteur cité plus haut, qu'il faut être très circonspect dans l'administration du kola, car les susceptibilités individuelles varient *considérablement* d'un sujet à l'autre.

Loin de nous la pensée de proscrire ce médicament et de le rayer de la liste des agents thérapeutiques : il a ses avantages. Mais nous pensons :

1° Qu'il offre de sérieux inconvénients pour les vieillards, pour les prostatiques, chez lesquels il peut amener la parésie cérébrale, la paralysie cardiaque et des troubles urinaires dangereux.

2° Qu'il est dangereux aussi pour les rhumatisants adultes de toute nature, les hémorrhoïdaires, les variqueux, les rétrécis, chez lesquels il produit des flux congestifs, des troubles urinaires et des altérations plus ou moins passagères des muqueuses.

Ces contre-indications ne sont probablement pas les seules, et nous pensons que l'attention de bon nombre de praticiens a déjà été attirée sur ce point et que des règles précises d'indications et de contre-indications du kola ne sauraient tarder à être formulées.

Dr COURGEY.

CLINIQUE OTOLOGIQUE

De l'otalgie.

L'otalgie ou douleur d'oreille est un symptôme que l'on rencontre fréquemment dans la pratique journalière. Son étude est particulièrement intéressante et utile, surtout au médecin peu familiarisé avec l'otoscopie : c'est, en effet, le premier phénomène attirant l'attention du malade sur l'organe atteint. D'autre part, il est indiscutable que la recherche attentive des caractères de l'otalgie permet souvent d'établir, dans une certaine mesure, un diagnostic approximatif de l'affection en présence de laquelle on se trouve.

Il y a lieu, d'abord, de distinguer deux groupes de douleurs d'oreille. Dans le premier, les phénomènes douloureux se montrent en dehors de toute affection de l'organe de l'ouïe, alors que celui-ci est absolument normal, sans modification pathologique aucune, inflammatoire ou autre. On se trouve en présence, alors, de véritables névralgies otiques, caractérisées par des crises d'élancements dont les causes les plus habituelles sont la carie dentaire et les affections ulcéreuses ou néoplasiques du pharynx.

Les névralgies produites par la carie dentaire retentissent facilement sur l'oreille et souvent la douleur est tellement vive au fond du conduit auditif, que le malade néglige pour ainsi dire de parler de sa dent, dont il ne semble pas souffrir au premier abord.

Fréquemment aussi, l'otalgie dépend de lésions inflammatoires, néoplasiques ou ulcéreuses du pharynx, de la base de la langue et du larynx, sans qu'il y ait à proprement parler otite ou salpingite de la trompe d'Eustache. On connaît les douleurs extrêmement pénibles que ressentent dans l'oreille les malades atteints d'infiltration et d'ulcération tuberculeuse ou cancéreuse pharyngo-laryngée. La syphilis secondaire de la même région joue également un rôle étiologique important. Dans ces différents cas, l'otalgie apparaît soit en crises spontanées, soit seulement avec les mouvements de déglutition.

Telles sont les deux causes habituelles de l'otalgie essentielle, simple, c'est-à-dire indépendante d'une affection otique. Il convient, toutefois, de connaître également quelques autres causes plus rares, mais que l'on rencontre cependant, dans la pratique.

Citons notamment la névralgie faciale, le paludisme et enfin le tabes. J'ai observé — c'est je crois la seconde observation de ce genre — à la Salpêtrière, il y a quelques années, un cas très caractéristique de douleurs fulgurantes de l'oreille, se montrant au cours d'une crise classique localisée d'abord aux membres inférieurs.

Le second groupe d'otalgies comprend toutes les douleurs symptomatiques d'une affection de l'organe de l'ouïe proprement dite. Toutes les inflammations osseuses ou muqueuses des parties constituantes du rocher provoquent des phénomènes douloureux, plus ou moins vifs, dans l'oreille.

Les douleurs de l'otite externe et du furoncle du conduit sont tout particulièrement intenses, pénibles, et ne sont pas en rapport avec la bénignité relative du mal.

Dans le catarrhe aigu de la trompe et de la caisse, les souffrances sont rares, peu accusées. Elles sont remplacées par une sensation pénible de plénitude et de lourdeur de tête. Lorsque l'otite moyenne aiguë tend à la suppuration, l'otalgie devient vive, lancinante, se répète à intervalles rapprochés, pour cesser ou diminuer considérablement lorsque le tympan se perfore, laissant libre écoulement au pus.

Dans les inflammations de l'apophyse mastoïde, les douleurs sont pénibles, mais plus sourdes. Elles irradient au pourtour de l'oreille et s'exaspèrent généralement la nuit.

Le diagnostic, dans l'otalgie, doit naturellement être étiologique et rechercher les causes. On doit s'inquiéter, dès l'abord, s'il y a lésion otique, inflammatoire ou autre, ce que l'étude des caractères mêmes de la douleur permet déjà de soupçonner dans une certaine mesure. Si l'oreille est saine, sans trace d'affection appréciable, on passera en revue les diverses causes, dont nous avons parlé plus haut.

Le traitement sera évidemment et avant tout celui de la lésion provocatrice. Toutefois, il est particulièrement avantageux pour le malade de calmer la souffrance, parfois très vive, qu'il ressent. Cette thérapeutique calmante est, d'autre part, la seule applicable, lorsqu'il s'agit d'une simple névralgie.

Pour atteindre ce résultat, un certain nombre de formules ont été proposées, comme instillations en général. Ce sont : la glycérine phéniquée tiède à 1/20, additionnée ou non de chlorure de sodium, dont le rôle est d'éviter la macération de la peau du conduit par la glycérine. Ce liquide s'adresse aux inflammations aiguës de l'oreille moyenne et doit être instillé plusieurs fois par jour à la dose de 10 à 30 gouttes, qui seront conservées cinq minutes dans le conduit, en penchant la tête sur l'épaule du côté opposé.

On prescrit assez fréquemment, de la même façon, le sulfate neutre d'atropine, seul ou additionné de chlorhydrate de cocaïne.

Sulfate neutre d'atropine...	0 gr. 02 centigr.
Eau distillée..............	10 gr.
Chlorhydrate de cocaïne...	0 gr. 15 centigr.

Dix gouttes tièdes au moment des douleurs.

Lorsque celles-ci sont assez vives, il est nécessaire d'y joindre l'administration des analgésiques internes. Personnellement nous donnons généralement avec succès les cachets suivants, et, grâce à eux, nous avons souvent calmé des otalgies véritablement rebelles.

Phénacétine.........................	}
Exalgine............................	} àà 0 gr. 15
Acétanilide.........................	}
Sulfate de quinine..............	0 gr. 10

Dans un cachet. Prendre 3 par jour, un le matin et deux, dans la soirée.

Lorsque cette médication n'aura pas donné de résultat suffisant, on pourra recourir, dans l'otalgie essentielle, comme le conseille Politzer, au sulfate de quinine à doses élevées ou à l'iodure de potassium. A Vienne, on a préconisé également les inhalations de nitrite d'amyle, contre les paroxysmes douloureux nocturnes et enfin un procédé mécanique et empirique, le massage du marteau.

Dr P. Lacroix.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

En présence de l'inexplicable décision qui a envoyé et maintient à Mazas, le malheureux Dr Laporte, le Syndicat des médecins de la Seine a fait une démarche au Ministère de la Justice pour obtenir la mise en liberté provisoire.

Un membre de notre Société, dont nos lecteurs ont pu goûter les articles gynécologiques, a cru devoir inspirer au *Figaro* les réflexions suivantes, qui présentent le plus grand intérêt pour le fond même de l'affaire, et nous le félicitons de l'initiative confraternelle qu'il a prise.

Le cas du docteur Laporte.

Opinion d'un spécialiste.

— ... Sans doute je vois revenir à des appréciations plus mesurées et plus équitables certains journaux, qui, à propos de l'affaire Laporte, avaient paru prendre à tâche de jeter une injustifiable suspicion sur le corps médical tout entier ; sans doute, je vois, et je m'en félicite, que l'opinion publique, fort « emballée » tout d'abord sur cette affaire, se ressaisit et se calme. Je constate que les accusations portées dans le premier moment contre le docteur Laporte apparaissent aujourd'hui tout à fait excessives, et je puis bien dire : monstrueuses.

« On proteste même contre cette détention préventive que l'instruction s'obstine à maintenir. Il a été montré aussi que l'Assistance publique peut avoir sa part de responsabilité dans le déplorable accident de Charonne, et que ladite Assistance, notamment, devrait améliorer l'organisation du service des accouchements à domicile chez les indigents... »

« Tout cela est excellent, mais il n'en demeure pas moins que, sur le cas particulier de ce docteur Laporte, on n'a pas dit ce qui devait être dit, ce que le souci de la justice et de la vérité commande qu'on dise... »

Celui qui me parlait ainsi est un gynécologiste distingué, un opérateur de diagnostic pénétrant, de main très sûre et qui, de plus, est connu comme un observateur minutieux de ces précautions aseptiques dont la science moderne, et c'est là un de ses titres les plus sûrs à la reconnaissance des humains, a montré les salutaires effets. Je ne saurais, sans manquer à la discrétion promise, imprimer ici le nom de ce praticien. Je me contenterai d'indiquer que l'Académie de médecine a couronné, il y a peu d'années, un traité de gynécologie dont il est l'auteur.

— Eh bien ! docteur, cette vérité sur le cas du docteur Laporte, peut-être pourrais-je vous aider à la proclamer publiquement...

— Ah ! c'est que voilà. Je crains en l'exprimant toute crue de faire bondir bien des gens... Ma foi ! tant pis, je me risque. Aussi bien, nous en avons trop gros sur le cœur, nous autres médecins, et vraiment nous avons lu tant de choses écrites avec une incroyable légèreté... Donc, je me risque. Voici :

« Notez tout d'abord que je ne connais pas le docteur Laporte, que je ne l'ai jamais vu, que je n'ai nul souci de plaider pour lui par avance. Il se peut qu'il ait commis une faute. A-t-il pris les précautions d'usage au point de vue de l'asepsie ? S'est-il conformé aux règles essentielles prescrites à l'accoucheur ? Voilà à quel sujet sa responsabilité peut se trouver engagée, non sans que puisse être toutefois, et vous verrez pourquoi, invoquer le bénéfice des circonstances atténuantes. Je n'ai d'ailleurs aucun renseignement spécial qui me permette de formuler un avis motivé sur la façon dont a procédé M. Laporte, et ne puis qu'attendre, à cet égard, les conclusions de l'enquête.

« Mais il y a la grosse question, celle qui prime toutes les autres pour le public et sans doute aussi pour les magistrats, il y a la question de l'instrument.

« Eh quoi ! M. Laporte serait coupable d'homicide par imprudence pour s'être servi d'outils de menuisier au lieu d'employer des instruments chirurgicaux ? Mais tenez, voici un récent *Précis d'obstétrique*, de MM. Ribemont-Dessaigne et Lepage, œuvre très autorisée, vous pouvez m'en croire. Voyez, page 1215, ces lignes qui n'ont certes pas été écrites pour les besoins de la cause présente : « Il n'est pour ainsi dire « pas d'instrument qui n'ait été employé pour « ouvrir la boîte crânienne du fœtus ; nombre « de médecins, n'ayant pas à leur disposition « d'instruments spéciaux, ont utilisé ce qu'ils « avaient sous la main, couteaux de cuisine, ci- « seaux, » etc. Et plus loin : « Quel que soit « l'instrument dont on se serve (vous voyez que « les auteurs, qui sont des maîtres, n'en pros- « crivent aucun), il est quelques règles généra- « les qu'il faut observer, » etc. Le docteur Laporte s'est-il conformé à ces règles générales ? C'est bien là la question que je posais tout à l'heure, la seule qui puisse donner matière à procès.

« Mais, et j'y insiste, qu'il soit bien entendu que dans un cas urgent comme l'était celui de Charonne, le choix de l'instrument n'est rien et que c'est la manière de s'en servir qui est tout. »

Mon interlocuteur entre encore dans des détails techniques où mon incompétence et aussi le souci d'épargner au lecteur des détails d'un réalisme un peu trop médical me font un devoir de ne pas le suivre. Je l'entends parler de l'usage fait, dans certains cas, d'une aiguille à tricoter, d'un grattoir, d'un tranchet de cordonnier, d'une ficelle même à l'aide de laquelle se peut couper le cou d'un fœtus.

— Notez, reprend-il, que le praticien qui se servira de tels objets quand l'urgence est extrême ne fera que suivre les avis des professeurs officiels, des maîtres les plus réputés, comme les Farabœuf et les Pinard, comme notre Pajot, de vénérée mémoire, et qui fut, je pense, un grand médecin accoucheur. J'irai même plus loin. Je sais de mes confrères qui ont pour les instruments trop perfectionnés, trop compliqués une insurmontable méfiance. Et on connaît bien le sens ironique qu'a, dans une partie du monde de la chirurgie, cette expression d' « instruments d'accoucheur » qui précisément désigne les appareils dont l'extrême complexité, la délicatesse excessive nous réservent parfois, en cours d'opération, de redoutables surprises. Voulez-vous encore un détail qui vous prouvera que les outils les plus grossiers peuvent parfois être les meilleurs ? Eh bien ! sachez que pour extraire une épingle à cheveux d'une vessie — nous avons parfois, nous autres gynécologistes, à soigner les victimes d'accidents si singuliers ! — il n'est pas de meilleur instrument — je vous le donne en mille ! — qu'un vulgaire tire-bouton !

« Voilà qui est, n'est-ce pas ? pour surprendre le public et lui montrer qu'il faut se garder de juger à la légère et sur une simple impression. S'il savait mieux aussi combien est pénible et hasardeux le métier d'accoucheur de nuit au service de l'Assistance ! Je puis parler de ces choses, car ce métier, je l'ai fait au début de ma carrière. Et tenez, ces précautions aseptiques dont l'inobservation pourrait seule constituer une charge pour M. Laporte, croyez-vous qu'il soit facile de les prendre dans un taudis exigu et encombré où il faut faire procéder avant tout

à un nettoyage au moins sommaire ? Comme il est aisé, dans un tel milieu, d'asepsier la parturiente, les instruments, les récipients et soi-même ! Vous demandez de l'eau bouillie, on vous donne de l'eau bouillante, qui parfois même aura été passée subrepticement à travers quelque linge sale !

« Et puis voyez encore : il faut s'accommoder du lit trop bas ou de la table qui boite ; rassurer la femme qui pousse des cris et l'entourage qui fait chorus; congédier les commères accourues, qui vous assomment de leurs conseils donnés de trop près — car souvent leur haleine décèle les nombreux glorias absorbés— ces commères qui, furieuses d'avoir été écartées, deviennent aussitôt des ennemies et se feront, en cas d'anicroche, les meilleures pourvoyeuses d'un reportage... bienveillant. Il faut aussi se contenter comme aides, insuffisamment aseptiques, malgré tout ce que vous aurez pu faire, de personnes de la famille toujours prêtes à vous lâcher et qui souvent se trouvent mal au moment pathétique.

« Je ne parle pas du diagnostic rapide et sûr qu'on doit poser sans lumière ni espace suffisants; du chloroforme dont parfois l'usage s'impose et dont il importe alors de surveiller les effets tout en procédant à l'opération. Que, dans ces conditions, la « main guide » fasse mal son office, une fois sur mille, y a-t-il lieu de s'en étonner ? On dit bien qu'il y a la ressource de l'hôpital, en cas d'insuffisance du domicile où le médecin est appelé. Mais si la femme n'était pas en état d'être transportée ?

« Laissez-moi finir par un aveu : si, pendant que je faisais ce métier d'accoucheur de nuit, à vingt francs la séance, aucun accident fâcheux ne m'est arrivé, c'est, je le proclame bien haut, tout simplement parce que j'ai eu de la chance !... »

André Nancey.

L'encombrement médical au Canada.

Il y a quelques mois, dans un discours qu'il prononçait, M. le Doyen *Brouardel* signalait l'encombrement de la profession en France et il assurait que, vu l'énorme accroissement des inscriptions dans les facultés et écoles de médecine, chaque année les difficultés professionnelles augmenteraient pour les médecins qui ne vivent que de leur profession. Il contait, à cette occasion, tenir d'un médecin Canadien, que ce pays, où, ce qui est exact, la nécessité de parler une langue étrangère, pour s'expatrier avec fruit, n'existant pas, la population entière parlant le Français, ou au moins le comprenant suffisamment, pouvait offrir des clientèles fructueuses aux médecins français.

Nous avons, en temps utile, publié cette intéressante communication et nous en sommes à le regretter. Un membre du Concours est parti au Canada ; il y a séjourné quatre mois ; il a dépensé, pour le voyage, cinq à six cents francs et autant, seulement, pour son séjour, car la vie est à très bon marché. Mais, l'encombrement médical y est plus grand, encore, que dans notre pays. Il y a un médecin pour 700 habitants et nous n'en sommes pas encore, Dieu merci, à ce degré ! Pour être admis à exercer, il faut produire son diplôme à deux époques seulement : la 1re quinzaine de janvier ou de juillet, devant la Commission de licence de *Québec* ou de *Montréal*. Cette Commission est mal disposée pour les étrangers ; elle peut ajourner sa décision. De là le danger de se trouver en état d'exercice illégal, pendant six mois, ou un an. Les mauvaises dispositions de la Commission médicale tiennent aux mesures défensives prises, chez nous, contre les étrangers. La confraternité et la correction des procédés n'existe pas plus, au Canada, que dans d'autres pays encombrés. En cas de succès, ce n'est pas dans ces pays qu'on peut penser à faire fortune ; tout au plus les économies seront-elles facilitées par la modicité du prix des choses.

En résumé, et après avoir recueilli sur place, des habitants, des médecins et même de la bouche de celui qui paraîtrait avoir renseigné le Doyen, ce n'est pas le Canada, qui paraît apte à absorber le trop plein de notre production de Diplômés. Aussi notre confrère s'est-il décidé à regagner ses pénates, sans même produire son diplôme !

Tentatives de corruption.

Nous avons reçu la lettre suivante de M. le Dr Léon Archambault, directeur de la *Thérapeutique contemporaine*, et nous nous empressons de la publier en le remerciant et en lui demandant la suite des documents qu'il possède.

Très honoré Confrère,

J'aurais quelques documents qui pourraient vous aider dans la campagne que vous menez pour le relèvement de la profession. En voici un qui est un petit chef-d'œuvre de Tentative de Corruption. C'est une lettre que j'ai reçue, il y a quelque temps ; il est probable que je ne suis pas le seul.

Société vinicole d'Hygiène.

C..... (Gironde).

Monsieur le Docteur,

La bienfaisance, qui s'allie si bien à votre noble profession, ne sera jamais assez pratiquée.

Si, comme nous nous plaisons à le croire, vous partagez nos idées philanthropiques, nous vous offrons, pour vos pauvres, une allocation mensuelle de cent francs, pourvu que vous consentiez à conseiller mes produits à ceux de vos malades qui vous paraîtront en avoir besoin.

Cette somme vous sera envoyée *aussitôt* que nous aurons reçu une commande d'une barrique.

Notre carte vous fournira tous les renseignements.

Veuillez agréer, etc.

Le Directeur.

N'est-ce pas joli cette offre d'une rente de 1.200 fr., *pour vos pauvres* !! Et dire qu'il y a des confrères qui acceptent ce compérage ! N'est-il pas nécessaire d'y mettre ordre !!

Recevez, très honoré confrère, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Archambault.

Ce vin n'est d'ailleurs pas cher, il est à 0,90 c. le litre.

Exemption de la taxe sur les vélocipèdes utilisés par les médecins du service de l'Assistance médicale gratuite.

Circulaire adressée, le 30 juillet dernier, aux Préfets, par le Ministre de l'Intérieur, sur les

diverses catégories *d'agents* avec lesquels les médecins de l'Assistance médicale partagent la faveur de l'exemption de taxe :

« L'exemption de la taxe est acquise de plein droit aux vélocipèdes appartenant aux administrations publiques et mis par elles à la disposition de leurs agents pour l'exécution du service. Mais, à l'égard des vélocipèdes appartenant aux agents des diverses administrations, le bénéfice de cette exemption est subordonné à la double condition : 1° que l'agent soit pourvu de l'un des emplois indiqués par un règlement administratif ; 2° qu'il ait été désigné nominativement par l'administration, dont il dépend comme possédant et utilisant un vélocipède dans l'intérêt du service.

« La désignation dont il s'agit devra être faite par les chefs de service, c'est-à-dire, en la circonstance, par vous, Monsieur le Préfet, pour les diverses catégories d'agents énumérées dans l'arrêt précité, savoir : agents-voyers en chef, d'arrondissement et cantonaux ; — sapeurs-pompiers communaux ; — inspecteurs, sous-inspecteurs et agents du service de surveillance des enfants assistés (1) ; *médecins du service de l'Assistance médicale gratuite* ; — commissaires et agents de la police spéciale et municipale, etc. . . . .

« Vous voudrez bien adresser la liste nominative des agents de ces diverses catégories à M. le Directeur des contributions directes de votre département, pour faire admettre les vélocipèdes au bénéfice de l'exemption. Il n'est pas nécessaire que cette indication soit renouvelée chaque année ; elle aura son effet jusqu'à indication contraire. »

. . . .

(1) Et, nous supposons, inspecteurs des enfants en bas âge.

BULLETIN DES SYNDICATS

Sociétés de secours mutuels et médecins.

Au moment de mettre sous presse, le numéro composé, nous recevons de M. D'Hay, 58, rue de Condé, à Lille, président de la Société de secours mutuels de Saint-Roch, de Moulins-Lille, par ministère d'huissier, une réponse à un article du *Concours médical* en date du 11 septembre 1897, à la Chronique des Syndicats.

Nous publierons cette réponse, prochain numéro, avec les observations qu'elle nous paraît comporter.

Syndicat médical du Pas-de-Calais.

18 *juillet* 1897.

Présents : MM. Poitou, *Président*, Delpouve, François, Dransart, Lancial, Lecœuvre, Dubus, Debay, Carpentier, Grémont, Baillez, Dehée, Demailly, Deriencourt, Goudemant, Ficheux, Delattre.

Excusés : MM. Ballue, Lardemer et Hernu.

Le président demande lecture du procès-verbal, qui est approuvé à l'unanimité et prononce une allocution, qui peut se résumer en ces termes :

L'opinion publique n'est pas favorable aux médecins.

La profession médicale est attaquée dans les livres et les journaux, les morticoles et certains procès célèbres en sont la preuve.

La profession médicale, il faut le reconnaître, baisse non seulement dans l'opinion publique, mais au point de vue de sa situation matérielle.

Les causes de cette situation sont l'augmentation du nombre des médecins qui engendre la concurrence et, d'autre part, l'organisation d'une foule de sociétés dans le but d'avoir les secours médicaux à prix réduits.

Le remède de cette situation amoindrie ne se trouvera que dans l'Association des médecins entre eux et dans l'observation par ces derniers des règles de la déontologie.

Toute la déontologie consiste en somme à agir envers ses confrères comme nous voudrions qu'ils agissent à notre égard.

C'est par ces moyens que le médecin pourra acquérir la légitime considération que lui méritent ses études laborieuses et les grands sacrifices qu'il a dû faire.

Admission de nouveaux membres.

Le président présente : MM. Lourties, *de Courrières* ; Dubus, *d'Avesnes-le-Comte* ; Coulmont, *de Rivière* ; Haviez, *de Chocques*.

Qui sont admis à l'unanimité comme membres du Syndicat.

Réserve.

M. Dransart propose d'augmenter le chiffre de la cotisation annuelle de façon à faire un fonds de réserve disponible en cas de procès intéressant la corporation.

Cette proposition, mise aux voix par le président, n'est pas adoptée par la majorité.

M. Baillez émet l'opinion qu'en cas de procès pendant on pourra alors demander une cotisation supplémentaire.

Assistance médicale gratuite.

Le président prend la parole pour exposer l'état de la question de l'Assistance médicale dans le Pas-de-Calais et expose les modifications au règlement qui ont été proposées au Conseil général par nos confrères MM. Hernu, Poitou, Delelés, membres du Conseil général du Pas-de-Calais.

En voici le texte :

Art. I.

Le service d'assistance médicale gratuite est réorganisé dans le Pas-de-Calais en vertu de la loi du 13 juillet 1893. Ce service, qui a pour but d'assurer aux indigents privés de ressources les secours de la médecine, de la chirurgie, de la pharmacie et de l'art des accouchements, s'étend à toutes les communes du département.

Art. III.

Les médecins d'assistance sont chargés de donner leurs soins aux malades assistés et aux femmes en couches dans les termes de la loi du 15 juillet 1893.

Art. XV.

Il sera alloué aux médecins une indemnité de un franc par assisté inscrit et demeurant dans la commune où le médecin aura sa résidence. Ce chiffre comprend tous les assistés admis dans le cours de l'année, déduction faite des radiations opérées sur les listes. Dans les communes privées de médecin d'assistance, il sera ajouté à l'indemnité annuelle de un franc une indemnité d'éloignement de 0 fr. 50 par kilomètre, à l'aller seulement, au delà d'un

rayon de 2 kilomètres, à partir de la résidence du médecin d'assistance le plus rapproché de l'assisté malade.

ART. XVI.

Les médecins adresseront, avant le 1er février, au maire, pour être transmis au sous-préfet et au préfet, le mémoire en double, dont un sur papier timbré, des visites faites à raison de 2 fr. par visite, aux indigents n'ayant que le domicile de secours naturel.

Ou bien à raison de un franc par visite, augmenté pour chacune d'elles de l'indemnité d'éloignement comme elle est réglée par l'art. XV.

ART. XVII.

La rétribution pour chaque accouchement, y compris les soins à donner à l'accouchée et au nouveau-né, allouée aux médecins et aux sages-femmes, dans les communes où il n'y aura pas d'abonnement passé avec eux, est fixée à 20 fr. pour les médecins et 10 fr. pour les sages-femmes.

ART. XVII bis.

Le préfet établira un tarif pour les opérations chirurgicales et pour les interventions obstétricales en s'inspirant des règlements élaborés dans les départements où ces tarifs existent.

ART. XXX.

(Ajouter à l'art. 30). Lorsqu'une enquête sera nécessaire pour des réclamations sur le fonctionnement du service, le médecin d'assistance sera toujours entendu, il sera toujours appelé à se justifier si une mesure de rigueur est proposée contre lui.

Ont signé : Hernu, Poitou, Delelés.

M. Debay, au nom de l'assemblée, adresse à M. le Dr Poitou des remercîments pour la part active qu'il a prise au Conseil général du Pas-de-Calais dans la défense des intérêts du corps médical.

Le Secrétaire,

Dr DRANSART.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous publierons, prochain numéro, en tête du journal, une lettre que le Conseil de Direction du Concours, réuni en séance, le jeudi 30 septembre, a cru de son devoir d'adresser à M. le juge d'instruction *Bertulus*, au sujet de la néfaste aventure de M. le Dr Laporte.

— Un des plus anciens membres du *Concours*, M. le Dr *Rousseau*, directeur de l'Ecole dentaire française et président de la Société fraternelle des *ambulanciers-brancardiers du département de la Seine*, nous demande d'informer nos confrères que cette Association a reçu la sanction de la préfecture de police, qui déjà, lors des grandes agglomérations des fêtes publiques, lui a confié de nombreux postes de secours. Il serait heureux de grouper des médecins dévoués, pour ces postes ; pour des cours, des conférences ; pour recueillir des adhésions, avec une cotisation des plus minimes.

Les postes de secours de la Société sont approvisionnés avec le matériel, boîtes, brancards, voitures d'ambulance de la préfecture, accompagnés d'infirmiers des ambulances municipales.

Ecrire au siège social : Dr Rousseau, 57, rue des Martyrs.

— *Fièvre typhoïde dans l'armée.*—L'épidémie du 3me Bataillon de chasseurs, à Saint-Dié, a fait avant le 20 septembre 6 victimes. Les cas ont été nombreux et l'origine de la maladie paraît due un amas de détritus découverts sous le plancher d'une chambrée.

— *Le cas du Dr Laporte.*—Il peut bien se rencontrer des incapables et des déséquilibrés, dans notre profession. Ce qu'on a appelé le scandale médical paraît être une simple faute lourde d'un besoigneux qui, peut-être, n'avait pas mangé à sa faim, au moment du drame qui a motivé son incarcération. Celle-ci était-elle bien nécessaire ! Nous espérons que le juge n'a été guidé, dans sa décision, que par le désir de donner un abri et du pain au prévenu.

— *Budget de l'Institut Pasteur.* — Nous lisons dans le *Lyon médical* :

L'institut Pasteur ne publiant pas de compte-rendu administratif, nous empruntons les renseignements suivants aux *Archives russes de pathologie*, 31 juillet :

Les revenus annuels de l'Institut, y compris le service antirabique, les laboratoires de la rue Dutot, les écuries et les laboratoires de Grenelle et de Garche, s'élèvent à la somme de 500.000 francs. Les dépenses que nécessitent les laboratoires à Paris sont de 180.000 fr. Le service de sérothérapie à Garche et à Grenelle dépasse un peu 300.000 francs. Les chapitres des revenus se composent en partie des intérêts du capital réuni lors de la souscription pour la construction de l'Institut et du capital d'un million de francs souscrit spécialement pour la sérothérapie, en partie de subventions inscrites aux budgets de la ville de Paris et des différents ministères, en partie enfin de la vente de sérums thérapeutiques et de vaccins anticharbonneux. Cette dernière source de revenus est la plus faible, la majeure partie du sérum étant fournie gratuitement aux administrations publiques. Le vaccin contre le charbon produit 20.000 francs par an. Quant aux subventions, le gouvernement contribue pour la préparation des sérums. pour 80.000 francs; la ville de Paris 20.000 francs ; le ministère de l'instruction publique, spécialement pour le laboratoire de recherches et d'enseignement 100.000 fr. ; le ministère de l'agriculture, 10.000. (*Arch. russes de pathol.*)

— En Hollande, aux examens *d'aide pharmacien*, il s'est présenté, en 1891, mille femmes et seulement 500 hommes et les succès ont été plus nombreux pour les premières. Cette innovation remonte à 20 ans. Les femmes deviennent ensuite pharmaciens diplômés et jouissent des mêmes droits que les hommes.

— Dans son audience du 18 septembre dernier, le tribunal de Compiègne, sur la plainte adressée par le syndicat médical de l'Oise que préside M. le Dr Maurat, contre le sieur Lebrun, rebouteur, pour exercice illégal de la chirurgie, a condamné ce dernier à **300** fr. d'amende, en accordant en outre 1 fr. de dommages et intérêts que réclamait le syndicat, partie civile. Un succès pour le syndicat qui, en cas de récidive, sera fondé à réclamer des dommages-intérêts à son profit, autres que le franc qui lui est alloué.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur GAUMÉ, de Quimper (Finistère), membre du « Concours Médical ».

***Le Directeur-Gérant* : A. CEZILLY.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 41 9 Octobre 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Société civile du « Concours Médical »

Séance du Conseil de Direction du 30 *septembre* 1897.

Présents : MM. Cézilly, Gassot et Maurat.
Excusé : M. le docteur Gibert.

M. le docteur Jeanne est prié d'assister à la séance.

Le Conseil examine les comptes de la Société, qui sont arrêtés pour l'exercice 1896-1897 au 30 septembre et seront ultérieurement publiés dans le rapport annuel. Il constate la situation prospère de la Société.

Le Conseil rédige à l'adresse de M. le Juge Bertulus, une lettre pour demander la mise en liberté de M. le docteur Laporte, se basant sur l'impossibilité dans laquelle les médecins se trouveraient d'exercer leur art, s'ils avaient à redouter l'intervention de la justice en cas de non-réussite.

L'Assemblée générale annuelle est fixée au dimanche 14 novembre prochain. Le Conseil se réunira le jeudi 21 octobre, pour arrêter l'ordre du jour, lire et approuver les rapports et fixer tous les détails de la réunion.

Parmi les questions qui seront soumises à l'Assemblée générale, le Conseil signale dès maintenant :

1° Opportunité de la création d'un ordre de médecins.

2° Caisse de pensions des veuves et orphelins.

3° Tarif d'honoraires.

Le Conseil prend connaissance d'un travail de M. le docteur Gassot sur l'organisation de l'Ordre des médecins ; il décide qu'il sera inséré dans un numéro ultérieur, mais sera précédé de la publication du rapport résumé de M. le docteur Lasalle sur le même sujet.

Le Conseil s'occupe ensuite d'un projet d'organisation spéciale à soumettre à l'Assemblée générale prochaine, s'il est en mesure de le faire.

Il dépouille la correspondance et prend les décisions qu'elle comporte. Voici la lettre adressée à M. Bertulus.

Monsieur le Juge d'instruction,

Convaincus que votre seul désir est d'être éclairé dans l'affaire du Dr Laporte, nous venons, représentants autorisés de la Société du Concours Médical, qui compte plus de quatre mille membres, tant à Paris qu'en province, vous présenter respectueusement la considération suivante :

Si les circonstances sur lesquelles s'appuie la prévention présente, étaient suffisantes pour provoquer l'envoi à Mazas, d'un médecin, la pratique de la chirurgie et de l'obstétrique d'urgence deviendrait impossible, au grand détriment du public.

Espérant que vous comprendrez, Monsieur le Juge, que nous avons besoin, dans notre pénible mission de tout notre sang-froid, nous venons vous demander la mise en liberté provisoire de M. le Dr Laporte.

Veuillez agréer, Monsieur le Juge d'instruction, nos hommages repectueux,

Le Conseil de Direction,
Dr Cézilly, Dr Gassot, Dr Maurat.

D'ailleurs notre confrère a été libéré le lendemain de l'envoi de cette lettre, précédée d'une démarche du *Syndicat de la Seine* auprès du Ministre de la justice et ensuite de M. Bertulus. Le Syndicat a fourni caution et procuré à M. Laporte un asile et une somme d'argent.

D'autre part, la *Société locale de l'Oise*, dans son

Assemblée générale du 3 octobre, présidée par le *Directeur du Concours*, a voté un secours pécuniaire à M. le docteur Laporte à titre d'assistance confraternelle et de protestation contre la rigueur des procédés judiciaires pratiqués à son égard.

Association amicale des médecins français.

Séance du Conseil d'Administration du 30 septembre 1897.

Présents : MM. Cézilly, Maurat, Jeanne, Gassot, Archambaud.

La séance est ouverte à quatre heures, sous la présidence de M. Cézilly, président.

Un certain nombre de confrères n'étant pas en règle pour leur cotisation, sont suspendus provisoirement.

Des indemnités de maladie sont accordées aux sociétaires suivants :

N° 50	pour	1 jour de maladie	......	10 fr.	»
N° 70	»	13 »	.....	130	»
N° 82	»	30 »	.....	300	»
N° 83	»	8 »	.....	80	»
N° 89	»	un mois aux eaux	......	100	»
N° 111	»	solde de maladie	....	246	70
N° 119	»	3 mois »	....	300	»
N° 133	»	16 jours »	....	160	»
N° 150	»	3 mois »	....	300	»
N° 194	»	7 jours »	....	70	»
N° 209	»	64 » »	....	613	20
N° 238	»	15 » »	....	150	»
N° 258	»	3 mois »	....	300	»
N° 314	»	75 jours »	....	650	»
N° 321	»	50 » »	....	500	»
N° 362	»	13 » »	....	130	»
N° 370	»	9 » »	....	90	»
N° 377	»	33 » »	....	330	»
N° 392	»	5 » »	....	50	»
				4509 fr.	90

Le sociétaire n° 122, n'ayant pas prévenu assez tôt le bureau, ne peut recevoir d'indemnité, les statuts s'y opposant.

M. le docteur Dulau, de Labrit (Landes), n° 194, abandonne à la société son indemnité, se montant à 70 fr. ; cette somme sera versée à la caisse auxiliaire, à titre de don.

Le conseil d'administration adresse ses remerciements à M. Dulau et il prononce les admissions suivantes :

Combinaison A : MM. les docteurs Dubois (Ludovic), de Marcilly-le-Hayer (Aube), Tellier (Jules), de Saint-Omer (Pas-de-Calais).

Combinaison B : MM. les docteurs Boulinguez (Henri), de Henin-Liétard (Pas-de-Calais), Gauja (Pierre), de Bordeaux, Vergez (Jean), de Séméac-Tarbes (Hautes-Pyrénées), Lurette (Louis), d'Esquerdes (Pas-de-Calais), Barada (Louis), d'Artenay (Loiret).

MM. Cézilly et Gassot passent de la combinaison A à la combinaison B.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire des séances,
PAUL ARCHAMBAUD.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'orchite des prostatiques.

D'après M. le Dr Lozé, l'orchite des prostatiques est celle qui résulte des accidents inflammatoires funiculo-orchi-épididymaires, ayant leur origine dans une affection aiguë ou chronique de la prostate.

Cette orchite se rencontre chez tous les malades jeunes ou vieux atteints, à un titre quelconque, d'infection prostatique, et chez qui les sécrétions prostatiques infectées se déversent dans l'urèthre.

Elle est assimilable à l'orchite due au cathétérisme, mais non à l'orchite consécutive à la lithotritie. Elle est nettement distincte de l'orchite uréthrale, celle qui succède à la blennorrhagie, et des orchites de cause générale. Les sujets les plus prédisposés à l'orchite prostatique sont les lymphatiques.

Les conditions favorables à l'infection de la glande prostatique sont constituées par la stagnation dans la prostate des liquides glandulaires. Cette stagnation se complique d'hypersécrétion et de dilatation de la glande. La blennorrhagie, les traumatismes, la tuberculose, le cancer ne sont que des causes occasionnelles produisant l'infection sur un terrain préparé par de nombreuses modifications anatomo-pathologiques.

On a successivement invoqué les théories de la propagation, de la métastase, la théorie réflexe, la théorie du spermatocèle, de la lymphangite funiculaire, pour expliquer la pathogénie de l'orchite des prostatiques ; mais ces théories ont le tort d'être trop exclusives, il faut faire la part de chacune d'elles.

La description des symptômes montre trois formes différentes de l'orchite des prostatiques :

1° Forme bénigne, se terminant par résolution.

2° Forme ordinaire terminée par résolution ou par évacuations de pus, lentes ou brusques, avec complication fréquente de périorchite suppurée.

3° Forme très grave par l'intensité de ses phénomènes généraux, terminée par la mort, chez le vieillard profondément infecté. Cette forme de l'orchite ne serait qu'un épiphénomène de l'infection généralisée.

Le traitement de l'orchite des prostatiques sera d'abord :

1° *Prophylactique* et s'adressera aux malades atteints de dilatation persistante des cavités glandulaires, avec stagnation des sécrétions dans les glandes prostatiques. Il aura pour but d'éviter tout phénomène de congestion de la prostate et des organes voisins, favorisera le repos des muscles expulseurs des liquides prostatiques et soumettra les malades au régime des prostatiques.

2° *Abortif.* On essaiera dans ce but l'administration de purgatifs, on appliquera des sangsues le long du cordon et des enveloppements chauds.

3° *Curatif*, qui comprendra les précautions indiquées au traitement prophylactique et en outre le traitement local habituel de l'orchite. Si

la suppuration n'a pu être empêchée, on se conduira diversement suivant que l'abcès est seulement le long du cordon (périorchite) ou dans le testicule, ou dans la vaginale.

La teigne faveuse devant les conseils de révision.

M. le Dr *Lardier*, de Rambervillers, signale une surprenante bizarrerie des règlements des conseils de révision, qui exclut de l'armée les teigneux faviques et peladiques, en les déclarant *impropres au service*. Rien n'est plus fâcheux, car c'est une prime donnée à la malpropreté.

Cette exemption constitue de plus une provocation, un encouragement à la diffusion de la maladie.

Au lieu d'exempter le teigneux, on devrait faire valoir les considérations suivantes :

Entre les opérations du conseil de révision et le moment de l'incorporation, se trouve placé un délai d'environ six mois.

Ces six mois sont suffisants pour obtenir la guérison de la teigne. Au bout de ces six mois, le teigneux serait incorporé d'office. Aussitôt son incorporation, il serait isolé et recevrait les soins nécessaires, La période d'isolement jusqu'au terme de la guérison, ne compterait pas dans le temps de service.

On peut être assuré que si cette réglementation nouvelle était édictée, tous les teigneux qui se présentent au conseil de révision, prendraient les mesures nécessaires pour arriver au corps en bon état. En tout état de cause, et quelles que soient les considérations que l'on puisse faire valoir, il n'est pas admissible que les teigneux soient à tout jamais dispensés du service militaire. Qu'on les ajourne autant qu'on le voudra, comme on le fait en Allemagne, cette solution nous paraît encore acceptable. Mais à partir du jour de leur guérison, qu'ils paient comme leurs camarades, et pour toute la durée exigible, leur dette au pays.

M. Lardier pense donc (et ce qu'il a dit du favus est applicable à la pelade) que cette cause d'exemption doit disparaître de la nomenclature que l'on trouve dans l'instruction du 17 mars 1890. Ce serait un véritable service à rendre au pays, car c'est le priver de bras qui pourraient le servir aussi bien que d'autres. Et nous n'en avons pas trop. On se lamente sans cesse sur la dépopulation de la France. On fait bien de jeter ce cri d'alarme. Mais en attendant qu'il soit entendu, utilisons au moins les ressources dont nous pouvons disposer et ne rejetons pas comme impropres au service des hommes qui pourraient si facilement devenir d'excellents soldats. La teigne faveuse plus que tout autre maladie est une affection *évitable*. Nous dirions volontiers que c'est une honte pour la société moderne de constater que nous n'avons encore ni pris, ni appliqué les mesures qui auraient dû en assurer la disparition complète et définitive du cadre nosologique.

Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen.

D'après le Dr *Vuilliet*, de Genève, voici quelles sont les règles de conduite que l'on devra observer, en présence d'une plaie pénétrante de l'abdomen, par coup de feu ou par arme blanche :

1° On cherchera à s'assurer par l'agrandissement et l'exploration de la plaie, s'il y a ou non pénétration. S'il y a pénétration ou *qu'on reste dans le doute*, on recourra immédiatement à la laparotomie exploratrice, qui seule renseignera d'une façon certaine sur la nature et la gravité des lésions ;

2° On ne peut pas, *d'après les symptômes*, conclure s'il y a perforation de l'intestin ou non, les symptômes de péritonite pouvant accompagner des cas légers, et manquant au début dans maints cas à lésions intestinales multiples ;

3° Les signes certains de perforation intestinale sont très exceptionnels (fistule, balle évacuée, etc.) ;

4° La laparotomie exploratrice est sans danger ;

5° La guérison spontanée des perforations de l'intestin, sans péritonite septique, est une rareté, observée peut être dans quelques cas et dans des conditions très favorables, mais sur laquelle on ne saurait compter ; les expériences nombreuses faites sur les animaux sont concluantes à cet égard ; la laparotomie réparatrice est donc *nécessaire* ;

6° En opérant hâtivement, on cherchera à prévenir la péritonite sans en attendre les symptômes. La péritonite déclarée, le blessé est perdu presque sûrement, opéré ou non ;

7° L'opération, souvent longue et difficile, ne peut être rendue responsable des échecs dus à la gravité des lésions, et elle eût sûrement sauvé nombre de blessés, morts de l'abstention. Les résultats se sont notablement améliorés ces dernières années ; généralisée et entrée dans les mœurs, la méthode de l'intervention hâtive, immédiate, doit l'emporter sur toute autre ;

8° Si, après quarante-huit heures, le blessé ne présente aucun symptôme abdominal, on exclura presque sûrement la perforation intestinale ; s'il présente des symptômes péritonitiques, on fera la toilette abdominale, seule chance de salut qui lui reste ;

9° L'état de shock ne constitue pas de contre-indication à l'opération ; au contraire, puisqu'il s'agit très souvent d'hémorragie grave, la crainte de voir le malade mourir sur la table ne fera pas rejeter une intervention qui, seule, *eût pu* le sauver. Le blessé sera stimulé énergiquement et l'on usera largement des injections intra-veineuses de solution physiologique ;

10° Dans la majorité des cas, l'incision sera faite sur la ligne médiane, et longue ; l'exploration en sera plus facile et surtout plus rapide. On lavera la cavité et on la drainera largement.

Mais pour que les résultats soient favorables, l'opération doit être faite dans les conditions de toute laparotomie ; réalisables et réalisées de plus en plus dans la vie civile, et dans les hôpitaux, que deviennent ces conditions en temps de guerre ?

Les expériences antérieures sont trop anciennes pour permettre quelque conclusion définitive.

Voulant rester dans le domaine pratique, nous ne risquerons pas une opinion forcément théorique ; étant sans expérience suffisante sur la question, nous estimons donc que, résolue dans

la pratique civile, la question de l'intervention en temps de guerre ne peut encore être définitivement tranchée.

Traitement de la perlèche.

D'après M. le Dr Desfosses, de la *Presse Médicale*, la perlèche ou pourlèche est ainsi nommée à cause de la sensation de cuisson qu'elle occasionne et qui oblige les enfants à se lécher les lèvres, à se pourlécher.

Cette affection est caractérisée par une altération épidermique, une lésion fissuraire, occupant la commissure des lèvres. A la période d'état, la perlèche est constituée par une plaque blanchâtre et macérée, également étendue sur la lévre supérieure et sur la lèvre inférieure, et une fissure divisant la plaque en deux parties égales. La lésion occupe en général les deux commissures. C'est surtout une affection de l'enfance, mais elle peut également atteindre les adultes.

C'est une maladie microbienne, très contagieuse par simple contact (baiser, crayons, porte-plume, fourchettes et cuillers, verres et tasses). Il importe donc de lui appliquer, tout d'abord, un traitement prophylactique sévère.

La connaissance des modes de contagion indique, par cela même, aux maîtres d'école, les mesures à employer pour éviter cette contagion. On n'aura, en somme, qu'à s'opposer à la promiscuité des objets à l'usage des enfants.

Traitement médical. — Le traitement médical est simple : il peut, du reste, amener en quarante-huit heures la guérison d'une maladie qui abandonnée, pourrait durer plusieurs semaines.

Lemaistre touchait les commissures malades avec des cristaux d'alun ou de sulfate de cuivre. Malherbe recouvrait la lésion avec une pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre. Broca recommande de faire des onctions avec la vaseline boriquée au dixième.

Le traitement que préconise Planche repose sur l'emploi de la solution au nitrate d'argent au cinquantième, en badigeonnages sur la commissure atteinte.

On se sert pour cela d'un petit pinceau d'aquarelle, que l'on trempe dans la solution, et que l'on exprime ensuite, afin de ne pas laisser échapper sur la joue ou dans la bouche une goutte de ce liquide caustique. La cautérisation faite, on appliquera, soir et matin, de la vaseline boriquée, ou de la pommade à l'acide salicylique à 1 pour 100, ou à la résorcine à 5 pour 100. et on fera des lavages avec de l'eau bouillie ou très légèrement antiseptique.

Ce traitement a l'extrême avantage d'être très simple à appliquer, de cautériser légèrement les tissus lésés. La solution de nitrate d'argent au cinquantième est, en outre, très antiseptique, et, par suite, empêche la pullulation des microbes capables de reproduire l'affection. Aussi, la guérison survient-elle très rapidement.

Valeur de la prostatectomie contre l'hypertrophie de la prostate.

Le plus grand nombre des prostatiques ne doivent retirer aucun avantage d'une opération chirurgicale, dit M. le Dr *Desnos*, de Paris, dans une importante communication au Congrès de Moscou, et pour eux le cathétérisme aseptique constitue toute la thérapeutique locale. Mais, quand la vessie a conservé sa contractilité et que la prostate forme un obstacle évident au niveau du col, il est indiqué d'intervenir. Deux cas se présentent alors : tantôt la prostate est augmentée de volume, en totalité ; il faut alors agir sur la masse du tissu prostatique et la castration double paraît être l'opération de choix, tout au moins le traumatisme qu'elle nécessite est de peu d'importance et elle comporte une bénignité très grande dans son pronostic.

Mais, lors que des saillies des lobes latéraux ou médians viennent faire obstacle au libre écoulement de l'urine, les conditions ne sont plus les mêmes et la castration a peu d'action sur ces petites tumeurs. Contre elles, il faut agir directement. La prostatectomie répond alors aux diverses indications. Les méthodes intra-uréthrales sont frappées d'infériorité car elles ne présentent pas une sécurité suffisante et elles ne permettent pas de bien régler l'opération. Le même reproche peut être fait à la voie périnéale, qui est toujours assez étroite et rend les manœuvres malaisées. C'est par la taille hypogastrique qu'on abordera les saillies prostatiques. La technique est essentiellement variable suivant la disposition des tumeurs : s'il existe un pédicule, une excision simple suffit quand la production est petite ; mais en présence de grosses masses, il faut disséquer la muqueuse vésicale et, au-dessous d'elle, pratiquer une excision cunéiforme des masses prostatiques : la profondeur à laquelle pénétrera cette incision sera en proportion avec le volume de la glande elle-même.

Les résultats de ces opérations sont bons quand elles sont faites dans des conditions convenables, c'est-à-dire lorsque la vessie est suffisamment contractile et que le sujet n'est pas trop âgé ; il est évident aussi, que des lésions rénales anciennes contre-indiquent toute intervention. La mortalité est peu considérable. Sur 23 opérations pratiquées, il y a eu 2 morts : 13 fois l'amélioration a été manifeste et la rétention a cessé ou a diminué dans une proportion considérable ; les résultats n'ont pas été moins bons au point de vue de l'antisepsie de la vessie, qui a toujours été facile à réaliser, une fois le pourtour du col libéré.

Les broncho-pneumonies à pneumobacille de Friedlaender.

D'après M. le Dr *Tripot*, de Nantes, les broncho-pneumonies pneumo-bacillaires doivent être divisées en deux groupes ; « les broncho-pneumonies non infectantes » et les « infectantes. »

Les broncho-pneumonies non infectantes ont des caractères spéciaux. Rares, si on les compare aux autres broncho-pneumonies, elles se voient surtout chez l'adulte.

Parmi les causes prédisposantes, il faut, en première ligne, ranger les affections rénales, puis la grippe et la rougeole, l'inhalation des poussières de scories de déphosphoration.

Leur évolution clinique se distingue par les caractères particuliers de l'expectoration, de la courbe thermométrique et de l'état général.

L'expectoration est formée de crachats très adhérents, poisseux et filants. Leur couleur, le

plus souvent rouillée, peut, dans certains cas, devenir franchement sanguinolente.

La courbe thermométrique oscille en général entre 38° et 39°.

L'état général des malades est plutôt favorable.

La complication locale la plus habituelle est la pleurésie purulente (à noter que cette pleurésie purulente, du moins lorsqu'elle évolue à titre de maladie isolée, primitive, n'ayant aucune attache avec une broncho-pneumonie pneumobacillaire est remarquable par sa bénignité).

Le diagnostic clinique étant impossible, le diagnostic bactériologique s'impose.

Ce diagnostic est d'autant plus important à établir que, malgré un état général favorable et une température peu élevée, la mort est la terminaison habituelle de ces affections ; ce qui revient à dire que le pronostic est des plus redoutables, pour ne pas dire toujours fatal.

La forme anatomique la plus habituelle chez l'adulte est la broncho-pneumonie pseudo-lobaire. Peut-être pourrait-on avancer que chez l'enfant la forme lobulaire disséminée serait la forme anatomique de prédilection.

La symptomatologie clinique des broncho-pneumonies pneumo-bacillaires rappelle absolument, au point de vue de l'expectoration en particulier, celle des pneumonies dues à l'inhalation des poussières de scories de déphosphoration.

Le pronostic est fort grave.

Quant au traitement, il est le même que dans toutes les broncho-pneumonies : toniques, caféine, quinine, enveloppements froids et bains froids.

CLINIQUE MÉDICALE

Appendicite et grossesse.

Par M. P. Le Gendre,
Médecin de l'hôpital Tenon.

I.

Parmi les nombreuses questions de détail, que soulève l'étude des appendicites, il en est une qui n'a pas été abordée à ma connaissance dans les discussions de nos sociétés, c'est l'existence de l'appendicite pendant la grossesse. J'en ai pu suivre récemment un cas, et il m'a paru que sa publication offrirait un certain intérêt.

Une jeune femme, que je soignais quand elle était jeune fille, avait eu depuis six ou sept ans des accès de douleurs abdominales, sur la nature desquelles plusieurs médecins qui l'avaient soignée avant moi n'étaient pas d'accord.

Il s'agissait de douleurs à début brusque, localisées au niveau de la fosse illiaque droite, durant quelques heures, un, deux ou trois jours, accompagnées parfois de vomissements abondants.

La première s'était montrée à l'issue d'une attaque d'influenza.

Depuis lors, il y en avait environ deux par an ; quelques-unes, ayant suivi des recrudescences d'une constipation habituelle, avaient été attribuées à l'engorgement cæcal ; d'autres s'étant montrées au moment d'une époque menstruelle, avaient paru imputables à la congestion de l'ovaire droit.

Quand j'eus assisté à une de ces crises, je ne conservai pas le moindre doute sur leur siège véritable ; le point de Mac Burney était de la plus grande netteté. Les garde-robes contenaient des amas de mucus concret qui me firent admettre une entéro-colite légère, dont les recrudescences provoquaient périodiquement des poussées réactionnelles de l'appendice. Fait qui n'est pas exceptionnel, malgré les dénégations de M. Dieulafoy.

Un régime alimentaire bien réglé, des irrigations intestinales méthodiques semblèrent suivies d'une guérison, et la jeune fille se maria parfaitement bien portante.

Mais les voyages, les dîners en ville fréquents et les bals, amenèrent, avec la fatigue physique, l'oubli de l'hygiène alimentaire et intestinale. Au cinquième mois d'une première grossesse éclata une forte crise nettement appendiculaire, qui ne laissa pas de m'inquiéter ; je me demandai quelle conduite il y aurait lieu de tenir, si la crise ne se résolvait pas, comme les précédentes, par le repos, la diète et l'opium ; la résolution se fit, mais plus lentement toutefois qu'à l'ordinaire ; la crise dura cinq ou six jours au lieu de trois.

Huit jours avant l'accouchement, nouvelle crise qui fit d'abord croire au confrère appelé, le Dr Margery (de Sannois), qu'il s'agissait d'un début de travail.

L'enfant, qui vint au monde bien constitué dans le milieu de l'été dernier, succomba au bout de quelques jours à des accidents infectieux de cause mal déterminée, m'a dit M. Bar, qui avait assisté cette dame.

A partir de septembre jusqu'en décembre, trois petites crises eurent encore lieu, de plus en plus rapprochées ; je ne fus appelé pour aucune d'elles, la malade ayant pris l'habitude d'appliquer elle-même la thérapeutique qui lui avait toujours si bien réussi. C'est après la troisième que mon avis fut redemandé.

Je soumis nettement au mari et à la mère la proposition de résection de l'appendice à froid, à laquelle j'avais fait allusion timidement, à vrai dire, même avant le mariage, mais naturellement sans trouver d'écho. Je fis valoir l'avantage qu'il y aurait à débarrasser la jeune femme, avant qu'une nouvelle grossesse survînt. La famille désira à ce sujet l'opinion de M. Lancereaux, et une consultation eut lieu entre lui, le Dr Margery et moi.

Notre éminent collègue jugea qu'il n'y avait pas d'urgence à prendre cette décision, qu'avec une hygiène rigoureuse on empêcherait peut-être une nouvelle rechute, mais que, s'il y en avait une cependant, il y aurait lieu à faire intervenir le chirurgien. Plusieurs semaines d'irrigations intestinales, d'alimentation surveillée parurent en effet réussir ; et un commencement de grossesse se manifesta.

Une époque menstruelle avait fait défaut, lorsqu'une crise éclata. La seule cause qui ait pu être incriminée fut l'ingestion, dans un dîner en ville, d'un mets fermentescible (chevreuil mariné avec sauce poivrade.) Mais c'est aussi l'é-

poque à laquelle un nombre insolite d'appendicites était constaté dans Paris, puisque notre collègue Merklen signalait une « épidémie » d'appendicites et proposait la mise à l'ordre du jour de la question.

Quelle que soit la cause (entérite de cause alimentaire ou virulence saisonnière du coli-bacille), cette dame fut prise un soir de douleurs violentes débutant dans la fosse iliaque droite, avec vomissements. Peu après, la douleur envahit les régions hypogastrique, ombilicale et épigastrique, avec des caractères que la malade déclarait différents de ceux qu'elle avait dans les crises précédentes, par son intensité, sa diffusion, une sensation de déchirure interne, le ballonnement du ventre, la dyspnée.

M. Lancereaux et M. Walther, qui arrivèrent peu de temps après le début, jugèrent que l'appendicite s'accompagnait cette fois d'une réaction péritonéale très accentuée. La glace fut appliquée en permanence ; ils prescrivirent la diète absolue et de très petits lavements laudanisés.

Le lendemain, la douleur spontanée était faible, mais la douleur provoquée nettement appendiculaire ; le surlendemain, on percevait un petit noyau d'induration juste au niveau de la base de l'appendice, et nous assistions à la formation graduelle d'un plastron exsudatif au-devant du cæcum.

Nous convînmes, avec M. Walther, de laisser cette poussée inflammatoire se résoudre, afin de réséquer l'appendice à froid, si la formation d'un abcès n'obligeait pas à intervenir d'urgence. La glace fut maintenue en permanence ; nous ne permîmes, comme aliments, que de très faibles quantités de lait, de grog, de bouillon, et un peu plus tard de jaune d'œuf délayé ; un lavement était donné quotidiennement avec la plus grande douceur.

Nous avions la satisfaction de constater, les jours suivants, la tendance du plastron précæcal à diminuer et à s'assouplir, avec des températures axillaires de 37°,2 à 37°,8 au plus (cette dame a ordinairement une température de 36°,5), lorsque, deux jours avant la date où d'ordinaire se montraient les règles, la situation se modifia : l'empâtement autour du cæcum se mit à augmenter de nouveau, à s'élever vers l'angle du côlon, à s'étendre en largeur en redevenant plus douloureux ; le facies se grippait ; la température monta un soir à 38 degrés. M. Walther exprima la crainte qu'une collection purulente ne menaçât de s'ouvrir du côté de la cavité péritonéale, et se tint prêt à faire une intervention d'urgence.

Nous demandâmes à M. Jalaguier son impression, et, tout en approuvant ces préparatifs, il émit l'opinion que le molimen menstruel, quoiqu'entravé par l'état de grossesse, avait pu provoquer une poussée seulement congestive autour du foyer d'appendicite ; si cette hypothèse était juste, la régression ne tarderait pas à s'accomplir.

C'est, en effet, ce qui se passa. Le lendemain, la masse pérityphlique cessait de s'accroître, puis diminuait et redevenait indolore, si bien qu'au bout de quinze jours la tumeur se trouvait réduite à un noyau allongé autour de l'appendice ; la palpation permettait de constater que cet organe était relevé le long du cæcum, et on sentait même, au niveau de son point d'insertion, un corps arrondi comme un ganglion.

La résection fut décidée huit jours avant la prochaine époque menstruelle. M. Bar s'assura que l'utérus en rétroflexion avait bien la dimension d'une grossesse de dix semaines environ et approuva l'intervention. Nous n'étions pas naturellement sans craindre un avortement. Mais les choses se passèrent le mieux du monde.

L'appendice noueux et recroquevillé, relevé en point d'interrogation, perforé à sa base, fut réséqué ; on enleva en même temps la petite gangue d'exsudat inflammatoire avec le ganglion qui avait été diagnostiqué au palper.

Un drain de gaze iodoformée, suivant le procédé de Mikulicz et un tube furent laissés ; la malade resta à la diète complète, avec des injections sous-cutanées de sérum artificiel.

Les suites opératoires furent parfaites ; aucune réaction de l'utérus ne s'est manifestée depuis quatre mois que l'opération a été faite, et la grossesse continue son cours.

Conclusions. — Les points dignes d'attention dans cette observation me paraissent être :

1° L'aggravation par la grossesse de crises appendiculaires, qui auparavant avaient toujours été remarquablement bénignes ;

2° La poussée congestive survenue par le fait du molimen menstruel au cours de la régression du foyer de pérityphlite, interrompant cette régression et simulant la formation d'un abcès secondaire, puis diminuant les jours suivants.

3° La possibilité d'enlever à froid l'appendice entre deux époques menstruelles sans provoquer d'avortement.

L'observation suivante, que mon collègue Tuffier a bien voulu me communiquer, est confirmative de ce que je viens de dire.

Trois grossesses. — Trois poussées d'appendicite, résection de l'appendice, guérison, par M. le Dr Tuffier, professeur agrégé, chirurgien de la Pitié.

Mme X..., 34 ans, est d'une constitution vigoureuse et n'a jamais eu aucun trouble intestinal ou gastrique, sauf une constipation assez opiniâtre.

Il y a 8 ans, elle eut au cours de sa première grossesse, vers la fin du huitième mois, des accidents très graves du côté de la fosse iliaque droite. On pensa d'abord à une fièvre typhoïde, et l'intensité des symptômes fut accusée par une température oscillant entre 38° et 40° pendant 15 jours, dont les 8 derniers furent marqués par un délire continu. Le tout disparut brusquement par l'ouverture d'un abcès dans le cæcum et l'expulsion par l'anus d'une quantité énorme de pus fétide. La grossesse n'en continua pas moins et la malade sortit saine et sauve de ces accidents.

Un an après, nouvelle grossesse, nouvelles douleurs dans la fosse iliaque droite, avec poussées intermittentes fébriles et vomissements qui nécessitèrent le séjour au lit pendant toute sa durée. L'accouchement eut lieu à terme, et depuis cette époque, cette femme ne ressentit que des douleurs vagues dans la fosse iliaque.

Troisième grossesse il y a quatre mois, c'est-à-dire 7 ans après la première ; nouvelles dou-

leurs dans le flanc droit dès le second mois, ces douleurs s'accompagnent d'un gonflement de la région ; la malade reste alitée, et je suis appelé par M. le Dr Selle pour l'examiner. Je porte le diagnostic d'appendicite, et l'absence de fièvre, le gonflement bien limité et circonscrit, me font penser à une appendicite sans suppuration.

Glace, opium, immobilité absolue. Les douleurs continuent à s'aggraver, et après un mois d'hésitation que nous imposait l'état de grossesse, le gonflement ayant persisté et l'état douloureux devenant plus intense, je consentis à intervenir.

Le 30 janvier 1897, à la maison de santé de la rue Bizet, avec le concours de M. le Dr Selle et de M. Bresset, je pratique l'incision classique et je trouve d'abord dans la fosse iliaque une tumeur kystique de l'ovaire droit, du volume d'une orange ; j'en pratique l'extirpation, puis au milieu des adhérences épiploïques, j'isole le cæcum et à sa partie postérieure je trouve l'appendice fibreux, long de 7 à 8 centimètres, intimement soudé à la face postérieure du cæcum ; je l'isole péniblement, et arrivé à son extrémité libre je suis obligé de disséquer l'appendice des parois cæcales, épaissies et fibreuses. Résection au thermocautère et suture. L'appendice avait conservé sa lumière ; mais il était fibreux, son canal étroit, et à son extrémité aveugle, il contenait un gros calcul pierreux, d'origine stercorale.

La guérison opératoire se fit sans incident. J'ai revu la malade le 7 avril : elle se porte à merveille, elle ne souffre pas et sa grossesse continue sans encombre.

II

Statistique de 25 cas d'appendicite. Réflexions sur l'étiologie, la pathogénie et le traitement.

J'ai apporté ma contribution à l'enquête sur les conséquences des interventions opératoires, en produisant une petite statistique composée de *vingt-cinq cas* d'appendicite que j'ai suivis et dont je possède les observations ; j'aurais pu la grossir en y comprenant une douzaine de cas que j'ai vus une seule fois, dans des services hospitaliers ou dans la clientèle ; mais comme je n'en ai gardé qu'un souvenir trop peu précis et que je ne sais ce qu'ils sont devenus, je craindrais de fausser ma statistique en les y comprenant.

Dans ces 25 cas, aucun doute ne peut planer à mon avis sur l'exactitude du diagnostic ; tous se sont accompagnés à un moment donné des signes physiques pathognomoniques ou d'élévation thermique, et aucun ne pouvait être confondu avec les pseudo-appendicites hystériques, dont nous ont parlé MM. Rendu et Talamon.

Statistique de vingt-cinq cas d'appendicite.

Non opéré ; mort, péritonite généralisée et broncho-pneumonie ; perforation constatée à l'autopsie, 1.

Opérés d'urgence pour péritonite généralisée, morts, 2.

Opérés à froid et guéris, 7.

Non opérés et guéris, 15.

Dans le premier de ces cas, dont j'ai déjà publié l'histoire en 1894, c'était l'existence d'une broncho-pnemonie étendue, qui m'avait en grande partie empêché de faire opérer la malade. Je l'ai d'autant plus regretté que dans un autre cas un malade a été opéré avec un plein succès, malgré l'existence de cette complication.

De l'examen de ma statistique découle une fois de plus le contraste saisissant entre la bénignité de l'intervention à froid et l'inanité à peu près constante des tentatives chirurgicales, quand la perforation a été suivie de péritonite généralisée.

Parmi mes quinze malades guéries, il y en a une qui n'a pas eu de rechute depuis 10 ans, après avoir eu une demi-douzaine de crises : d'autres n'ont pas eu de récidives depuis 7 ans, 1 depuis 6 ans, 1 depuis 5 ans, 2 depuis 4 ans ; les autres sont de plus fraîche date.

Au point de vue de l'étiologie et de la pathogénie, je répéterai ce que j'ai dit plusieurs fois. Je crois que le syndrome de l'appendicite est un mode de réaction uniforme dans son essence, quoique variable dans son intensité, contre les causes agressives les plus diverses : corps étrangers exceptionnellement, boulettes fécales moins rarement, propagation d'une entéro-colite pouvant être mucino-membraneuse, comme dans plusieurs de mes cas, infectieuse, ulcéreuse ou non, tuberculeuse assez souvent.

Je pense qu'au point de vue pathogénique, la conformation de l'appendice, sa longueur, son calibre, sa torsion, ses insertions vicieuses, les adhérences antérieures, expliquent l'inégalité de la réaction contre des causes identiques. Tel pourra avoir de nombreuses poussées de colite sans réaction appendiculaire ; tel autre aura son appendice en révolte à chaque crise de typhlite catarrhale. Il y a aussi, sans doute, une part à faire à la virulence des microbes et je suis prêt à accepter même, pour certains cas, la théorie du « vase clos », qui me paraît pourtant exceptionnelle d'après les faits publiés.

La nécessité d'un traitement diététique et hygiénique s'impose après la guérison, si on veut qu'elle se maintienne, et même après la résection, si la cause était une entéro-colite d'ordre diathésique ou alimentaire. La plupart des malades de ma statistique étaient des *dyspeptiques* et plusieurs avaient de la *dilatation de l'estomac* avec stase habituelle des aliments, fermentations secondaires. Deux sont des *obèses*, deux sont *diabétiques*.

Quant au traitement médical à suivre au début de chaque crise, je saisis l'occasion de formuler de nouveau, et presque dans les mêmes termes qu'il y a trois ans, mon opinion : il se résume dans la formule suivante : *diète absolue, immobilité absolue, opium et glace*. C'est le traitement que j'ai mis en œuvre, dans les quinze cas qui ont guéri et à chaque rechute ; ma conviction est que ce traitement est celui qui donne le plus de chances d'éviter la perforation et l'opération, si on veut l'éviter. Je m'élève donc avec conviction contre l'opinion que nous avons déjà combattue ici, il y trois ans et qui vient d'être défendue de nouveau à l'Académie par M. Just Lucas-Championnière.

Les purgatifs, dont il vante les effets bienfaisants, je continue à les considérer comme la principale cause des accidents quand il en sur-

vient. Après les premiers jours de constipation, j'autorise les irrigations intestinales faites avec les plus grands ménagements.

En réfléchissant à la bénignité de la résection faite à froid (7 guérisons sur 7 cas, dont 1 pendant la grossesse), je suis tout disposé à préconiser la *résection après une première atteinte dont le diagnostic a été certain.*

Toutefois, comme il y a bon nombre de cas où le diagnostic demeure en suspens à cause de la bénignité de cette première atteinte, et comme la statistique me montre que sur 25 cas il y a eu 15 guérisons, dont plusieurs datant de plusieurs années, je crois qu'on est autorisé à surseoir après une première atteinte légère et à la condition d'avertir l'entourage des conséquences possibles. Après une seconde crise je considère qu'il y a indication formelle à la résection (1).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Ordre des médecins

Par le Dr LASALLE, de Lormont.

La question si souvent traitée dans les colonnes du *Concours* nous permet de passer sous silence, dans le rapport, d'ailleurs très volumineux, de M. Lasalle, l'historique et les motifs qui, à diverses époques, ont engagé bien des auteurs à aborder cet intéressant sujet. Nous avons, à bien des reprises, parlé du Congrès de 1845, des rapports à l'Association générale qui, jusqu'à ce jour, n'a pas vu une majorité se manifester en faveur de l'ordre dans ses sociétés locales; des études de MM. Surmay, Mougeot, Dechambre; de l'Union des syndicats en 1887, de Sénac, et de M. Dignat, avec un projet très documenté.

M. Lasalle fait remarquer qu'un ordre des médecins existe en Autriche-Hongrie; que des tentatives sont faites en Prusse, en Espagne, en Belgique. Il rappelle et réfute les objections faites à l'établissement de l'ordre des médecins, par M. de Ranse, dans son rapport à l'Association générale, qui affirmait que le niveau moral de la profession n'a pas sensiblement baissé; que les intérêts matériels ne sont pas plus compromis qu'autrefois et que nos associations actuelles peuvent suffire à leur double rôle de moralisation et de protection. Il dit que, depuis cette époque, de nouveaux faits sont venus justifier la réclamation d'un Ordre des médecins et il entre ensuite en matière:

« Nos contradicteurs affirment que l'Ordre des médecins, loin de moraliser la profession médicale abaisserait au contraire son niveau moral: 1° Parce que grâce à l'inscription obligatoire nous verrions prendre place dans nos rangs la tourbe des confrères indignes, avec lesquels nous répudions tout contact; 2° Parce que la crainte de peines disciplinaires, qui sont la base des Chambres médicales, est un principe détestable de moralisation.

Cette objection est vraiment peu sérieuse: comment, ô confrères inconséquents, vous gémissez sur les actes toujours plus nombreux d'indélicatesse professionnelle, vous vous indignez de les voir impunis et vous repoussez le seul moyen efficace de les prévenir ou de les atteindre?

Il est incontestable que la création de l'Ordre implique une amnistie générale, les lois n'ayant pas d'effet rétroactif; mais est-ce sérieusement que vous redoutez pour l'honneur de notre Association nouvelle une promiscuité inévitable à ses débuts? Allons donc! Les méfaits évidents, publics, du charlatanisme médical, les actes impunis d'immoralité ou d'indélicatesse professionnelle, les campagnes de presse et l'indignation publique qu'ils provoquent contre nous, voilà le déshonneur pour notre corporation!

Est-ce que le public s'informe si les confrères indignes sont membres ou non de l'Association générale, d'un Syndicat, d'une Société professionnelle quelconque? Il lui suffit de savoir qu'ils portent le titre de médecin, qu'ils appartiennent à la famille médicale et il rend celle-ci responsable dans une certaine mesure de leurs agissements scandaleux, voilà la vérité. Et puis, croyez-vous sincèrement que cette promiscuité sera bien réelle, bien étroite et que les collègues malgré eux et malgré nous, dont le voisinage vous écœure, assisteront assidûment à nos réunion ou à nos banquets? Abandonnez ces vaines alarmes et soyez bien convaincus que nos Chambres médicales n'auront avec eux guère d'autres rapports que ceux que leurs récidives pourraient nécessiter.

Quant à l'influence démoralisatrice que l'Ordre pourrait exercer parmi nous, j'ai peine à comprendre cet argument par trop subtil. Que souhaitons-nous, en effet, quel but principal cherchons-nous à atteindre? Sauvegarder l'honneur, la considération du corps médical, en obligeant tous ses membres à un certain degré de dignité, de respectabilité. Comment obtenir ces résultats sans peines disciplinaires? On ne peut contester, en effet, que dans les choses humaines rien n'est plus salutaire que la crainte. Oh! mieux vaudrait, je vous l'accorde, que les malhonnêtes gens fussent retenus par leur conscience plutôt que par la peur des gendarmes; mais ce qui importe surtout à la sécurité sociale, c'est qu'ils soient retenus; et comme notre judicieux collègue Mougeot, je laisse au moraliste le soin de décider si cette crainte perpétuelle de faillir n'entraîne pas forcément la moralisation de celui qui la possède.

On a invoqué encore contre l'institution que nous préconisons l'atteinte qu'elle ferait subir à notre liberté. De quelle liberté veut-on nous parler? De celle qui favorise les agissements de confrères audacieux, sans délicatesse, sans scrupules et ne laisse aux autres que la faculté de succomber dans une lutte inégale? Nous n'admettons, nous, qu'une liberté respectable: c'est celle qu'a définie Cicéron: « *Libertas bene agendi.* » Nos contradicteurs oublient donc que les lois ne sont jamais faites pour les bons, mais pour les *autres*. Pourquoi craindrait-on d'ailleurs que les Chambres médicales devinssent oppressives? N'auraient-elles pas à leur tête à peu près les mêmes hommes qui dirigent nos Sociétés actuelles? Comment supposer que ces hommes, lorsqu'ils seraient armés d'un pouvoir disciplinaire, n'apporteraient plus dans l'examen des causes qu'ils auraient à juger la même

(1) *Revue d'obstétrique et de pédiatrie*, 1897.

conscience, la même justice, la même impartialité que nous leur reconnaissons aujourd'hui ? D'ailleurs, les membres du Conseil seront les élus de nos libres suffrages et nous aurions vite fait de remplacer ceux qui failliraient à leur devoir. Enfin, n'oublions pas qu'au-dessus des Chambres départementales il y aurait le Conseil général de l'Ordre, sorte de Cour d'appel qui jugerait en dernier ressort les faits d'une certaine importance.

On a aussi tiré parti contre l'Ordre des médecins des dissemblances qui séparent la profession d'avocat de la nôtre. Qu'importent au débat ces dissemblances ? Sont-elles d'ailleurs aussi profondes que le prétendent nos adversaires ? En demandant l'institution de l'Ordre des médecins à l'instar de celui des avocats, nous n'avons jamais visé qu'une analogie et non une assimilation, car on sait bien que les deux professions diffèrent.

Mais je prétends que la différence qui les sépare est, précisément, tout en faveur de notre revendication. Il est incontestable, en effet, que l'avocat n'a point avec les familles ce contact intime, fréquent, presque permanent du médecin. Pendant plusieurs générations, une famille peut n'avoir pas besoin d'avocat ; combien peuvent se passer de médecin pendant toute une année ? Si donc la moralité de l'avocat importe à la société, combien celle du médecin est plus nécessaire à la sécurité sociale ! La vérité, c'est que si gouvernants et législateurs apportaient à l'étude et à la confection des lois un examen plus sérieux et plus attentif, c'est l'Ordre des médecins qu'ils eussent institué tout d'abord. Nos contradicteurs nous reprochent encore, non sans ironie, d'être des opportunistes à rebours, puisque nous réclamons des Chambres disciplinaires au moment où les avocats demandent la suppression de leur Ordre, lequel serait d'ailleurs menacé par les idées de liberté qui dominent tout dans notre démocratie. Je conteste absolument le bien fondé de ces assertions. Il se pourrait que quelques avocats, pour des raisons que je n'ai pas à examiner ici, renonçassent volontiers à leurs Chambres disciplinaires. Il y a toujours des gens disposés à lâcher la proie pour l'ombre ; mais après renseignements pris à bonne source, j'ai le droit d'affirmer que ces indépendants ne forment qu'une infime fraction, et que la grande majorité des avocats est fermement attachée à une organisation qui empêche bien des abus et maintient chez les hommes de loi de notre pays, cette dignité, cette respectabilité qu'on ne trouve pas au même degré dans les autres nations. Cette constatation faite il y a peu d'années à la tribune parlementaire, sans soulever la moindre protestation, me paraît répondre victorieusement aux menaces de suppression invoquées plus haut. — Est-il d'ailleurs exact de soutenir que les professions d'avocat et de médecin ne sont nullement comparables ? Les avocats n'exercent-ils pas comme nous un monopole ? D'autre part, leur Code ne vise-t-il pas, surtout, la dignité des membres de leur corporation ? Or, serait-il vraiment beaucoup plus difficile de démontrer l'indignité d'un médecin que celle d'un avocat ? N'avons-nous pas d'ailleurs établi, depuis quelques années, un Code déontologique, où sont nettement définis les principaux manquements à la délicatesse et à l'honorabilité professionnelle ? Comment alors arguer des difficultés insurmontables que rencontreraient nos juges pour appliquer des peines disciplinaires ?

Et puis nous sommes convaincus, comme notre confrère de Ham, qu'ici, comme partout, la loi fera plus de bien par le mal qu'elle préviendra, que par celui qu'elle réprimera. Nous reconnaissons que la suspension et l'interdiction ne seraient pas aussi facilement exécutoires, dans l'Ordre des médecins, que dans celui des avocats, mais outre que ces deux pénalités ne seraient que bien rarement applicables et qu'elles figurent, d'ailleurs, dans la loi de 1892, nous pouvons nous borner à répondre que le projet que nous avons l'honneur de proposer ne les renfermant pas, nous n'avons pas à les discuter ici. Adoptant, en effet, dans sa partie essentielle, l'organisation des Chambres autrichiennes, nous avons limité comme elles, les sanctions disciplinaires à l'amende inclusivement ; nous estimons, que pour bien des hommes, frapper à la bourse, c'est frapper au cœur ; et d'ailleurs, ainsi que nous le faisait observer un avocat, bâtonnier de son Ordre, et d'une valeur juridique indiscutée, rien n'empêcherait de renforcer plus tard, par voie d'amendement, des sanctions jugées insuffisantes. Il se pourrait même, ajoutait-il que les pouvoirs publics prissent l'initiative de compléter votre Code disciplinaire.

A cette allusion au concours des pouvoirs publics, je crois entendre nos contradicteurs nous demander si nous parlons sérieusement ou si nous sommes réellement éveillés. Car ils ne sauraient admettre un instant que l'Etat, ni le Parlement nous concèdent jamais l'Institution que nous réclamons.

Croirait-on pas à les entendre, que nous poursuivons une réforme dangereuse, subversive, attentatoire aux bonnes mœurs et à la sécurité sociale ? Comment, semble-t-on nous dire, vous exigez pour ceux qui exercent la plus utile, la plus délicate, la plus noble des professions, des garanties de probité et de moralité ! Comment, vous prétendez mettre un frein sérieux à la plus dangereuse, la plus infâme, la plus odieuse des exploitations, celle de la souffrance humaine ! Et vous osez compter sur le concours de l'Etat et des législateurs, c'est-à-dire de ceux qui ont la mission sacrée d'assurer et de défendre l'intérêt social et la sécurité publique ? Mais c'est une utopie à laquelle il faut bien vite renoncer, pour n'être pas soupçonnés de conceptions délirantes.

Voilà pourtant à quelle formule ironique peut être ramené ce grand, cet irrésistible argument qu'opposent à nos projets des adversaires auxquels ne manquent ni la sagacité, ni la haute culture intellectuelle !

Nous convenons que, bien rarement, les pouvoirs publics proposent spontanément ou concèdent sans difficultés, les reformes vraiment utiles ; mais nous prétendons que c'est leur faire injure que supposer leur opposition irréductible à un projet de loi qui satisfait encore plus l'intérêt public que nos intérêts professionnels. Le charlatanisme est la pire des plaies sociales, et nous ne nous lasserons pas de répéter que les représentants d'une démocratie auraient dû songer depuis longtemps que c'est

le peuple, que ce sont les classes pauvres qui font presque tous les frais de cette exploitation scandaleuse et toujours impunie. On oublie trop que le peuple est un mineur qu'il faut oser protéger parfois malgré lui. Mais après tout, nous prions nos contradicteurs de nous dire où, comment, en quelles circonstances, ils ont vu les pouvoirs publics manifester leur répulsion contre l'institution de Chambres médicales. Nous les mettons au défi de nous en fournir une preuve ; et nous prétendons, au contraire, démontrer, par des faits irrécusables, que nous avons plutôt le droit d'escompter leur acquiescement et leur concours.

Les Chambres médicales ne figuraient-elles pas dans le projet de loi sur l'exercice de la médecine, préparé par un illustre ministre de l'Instruction publique, M. de Salvandy ? Il y a peu d'années, un éminent magistrat de la Cour de Bordeaux, M. Bruno-Lacombe, procureur général à Caen et ancien Directeur du personnel au Ministère de la justice, terminait par les conclusions suivantes, un remarquable discours sur le secret médical :

« L'institution d'un Ordre des médecins serait digne du Gouvernement de la République, qui doit mettre son principal honneur à instruire tous les citoyens de leurs devoirs et de leurs droits et à partout assurer le règne de la loi. »

Nos contradicteurs ignorent-ils donc qu'en 1892, au Sénat, au cours de la discussion du nouveau projet de loi sur l'exercice de la médecine, il se produisit spontanément une importante manifestation en faveur de la création de Chambres disciplinaires ? A la séance du 31 mars, alors qu'on discutait l'article 14 accordant aux médecins le bénéfice de la loi de 1884 sur les Syndicats professionnels, deux sénateurs, MM. Buffet et Halgan demandèrent avec insistance qu'on introduisît dans la loi organique en discussion, l'institution d'un Ordre semblable à celui des avocats.

Permettez-moi de rappeler que ce fut à une très faible majorité que sur les pressantes objurgations de notre confrère le professeur Cornil, rapporteur de la Commission, l'amendement de MM. Buffet et Halgan, ne fut pas pris en considération.

En présence de pareils faits, après cette importante manifestation du Sénat, après les preuves de concours spontané apporté à nos projets par des magistrats autorisés, par des hommes politiques considérables, nos adversaires sont mal venus à prétendre que l'Ordre des médecins est un projet utopique, irréalisable, irrecevable par les pouvoirs publics...

D'autre part, dit M. Lasalle, la presse dans ses attaques contre nous, réclame souvent la création d'un Ordre des médecins.

Prenons-y garde, on exploite contre le corps médical tout entier des actes isolés, mais hélas de plus en plus fréquents, d'immoralité professionnelle ; on dénonce nos privilèges comme un danger sérieux pour la sécurité publique, et si nous tardons à faire la police chez nous, si nous hésitons à réprimer des abus intolérables, le Gouvernement ou les Chambres pourraient bien, quelque jour, prendre prétexte de cette inquiétude de l'opinion, de cette peur des médecins indignes, pour boucler dans une loi sévère les épaves de notre dignité et de notre indépendance. Hâtons-nous donc, chers confrères : notre intérêt, notre honneur, notre devoir, nous commandent de réclamer des Chambres médicales ; épargnons-nous la honte de nous les voir imposer. Je ne méconnais point les difficultés que nous aurons peut-être à surmonter ; mais au lieu de perdre notre temps à les exagérer, préoccupons-nous avant tout des nécessités de l'heure présente, et ne perdons pas de vue les immenses bienfaits que nous retirerions de l'Ordre que nous voulons fonder :

Protection efficace de nos intérêts matériels ;
Maintien de la dignité professionnelle ;
Relèvement du prestige et de la considération du corps médical ;
Enfin, amélioration de ses conditions d'existence, car nous sommes convaincus que seules des Chambres médicales pourront remédier à cet encombrement, à cette pléthore désastreuse, qui rendent si sombre l'avenir de notre profession, soit en réduisant le nombre des Facultés, soit en limitant pour chacune d'elles la délivrance des diplômes, enfin et surtout en relevant le niveau des examens, si déplorablement abaissé dans certaines écoles.

L'institution de l'Ordre aurait encore cet heureux résultat de protéger dans bien des cas d'honnêtes praticiens contre l'arbitraire et l'ignorance de juges incompétents.

Souvenons-nous enfin, Messieurs, que la réforme que nous poursuivons est au moins autant une œuvre d'intérêt professionnel, et qu'elle ne peut en conséquence rencontrer auprès des pouvoirs publics, cette invincible opposition dont on nous menace. Ayons donc le courage ou la loyauté de le reconnaître, chers confrères, le véritable, le principal obstacle à nos projets, n'est jusqu'ici venu et ne viendra que de nous-mêmes.

Dans le corps médical, deux fractions ont toujours entravé les réformes que la troisième essaie de réaliser. Dans la première, nous trouvons la plupart des confrères que leur haute situation place bien au-dessus des difficultés ou des misères professionnelles. Oh ! certes, nous serions profondément injustes, si nous ne reconnaissions leur dévouement à nos Associations de prévoyance, si nous n'admirions leur bienfaisance inépuisable et leurs libéralités répétées ; mais nous estimons qu'ils ne devraient pas s'arrêter, devant leur œuvre de charité ou d'assistance confraternelle, et qu'ils ont vis-à-vis de la grande famille, médicale d'autres devoirs à remplir. Il est incontestablement très beau de secourir un confrère malheureux, mais je prétends qu'il est plus utile et plus noble de s'efforcer à prévenir sa détresse.

Dans l'autre fraction, nous avons la phalange infiniment plus nombreuse de ceux qui gémissent sur le malheur des temps, qui nous accablent de leurs récriminations et de leurs doléances ; quelques-uns même vont jusqu'à reprocher aux mandataires qui se dévouent à l'intérêt commun, de ne pas aller assez vite en besogne, de ne pas réaliser les améliorations attendues au gré de leurs désirs ou de leurs impatiences, et lorsqu'on demande à ces confrères exigeants le moindre effort, le plus léger concours : une signature, une adhésion, une pré-

sence, on ne les trouve plus, ils ne donnent plus signe de vie !

Eh bien ! c'est là, Messieurs, oui, c'est là qu'est le vrai, le principal obstacle à la réalisation des réformes que nous poursuivons.

Ah ! nous l'avons bien des fois répété, si le corps médical avait mis à la défense de ses intérêts et de ses droits, l'entente et l'énergie que les bouilleurs de crus apportent à la conservation de leurs privilèges, il y a longtemps qu'il eût assuré le triomphe de ses légitimes revendications !

La victoire sur nous-mêmes, sur notre indifférence, sur notre inertie, notre égoïsme, voilà, chers confrères, la première, la plus urgente victoire qu'il nous faut remporter.

Les autres nous viendront par surcroît.

Un homme d'Etat disait récemment : « Le péril social, c'est la lâcheté publique ! »

Puisse-t-on ne pas dire un jour : Le péril médical, c'est notre lâcheté qui l'a causé !

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Nous recevons, par ministère d'huissier, la communication suivante :

A Monsieur Cézilly, directeur du *Concours médical*, 23, rue de Dunkerque, Paris,

Monsieur le Directeur,

La Société de Secours mutuels, S. R. et le Dr X..., ayant été manifestement attaqués dans le *Concours médical* du 11 septembre 1897, par le Dr Richard, de Lille, nous vous prions et au besoin vous requérons d'insérer la réponse suivante :

Le *Concours médical*, dans son numéro du 11 septembre 1897, insère une communication d'un médecin de Lille, qui a le tort grave de transformer une affaire particulière, intéressant une Société de Secours Mutuels, *personne civile*, libre par conséquent de ses décisions, en un conflit professionnel qui n'a rien à faire en l'occurrence, en dépit d'une solidarité inattendue et peu humaine du Syndicat médical de Lille.

Pour mieux éclairer la bonne foi du *Concours médical*, nous croyons devoir, sans parti pris, lui mettre sous les yeux les pièces mêmes du débat.

Depuis plusieurs années le service médical de la Société S. R. est assuré par quatre médecins touchant une rétribution annuelle d'environ douze cents francs qu'ils partagent d'après leur nombre respectif de visites. Ces quatre médecins ont vivement sollicité de faire partie du corps médical de la Société, promettant d'employer tout leur zèle, leur initiative, leur dévouement... à soigner les malades. Tous ont accepté l'engagement de visiter à domicile, au moins trois fois la semaine, plus souvent si l'intensité de la maladie l'exige, les malades qui sont dans l'impossibilité de se rendre à leur consultation.

Vers la fin de l'année 1896, les administrateurs de la Société S. R... ayant appris qu'un des médecins attachés à son service n'avait pas exécuté ses engagements et qu'il avait tenu à l'égard de la Société des propos inconvenants, crut lui être agréable en le laissant libre de son temps. A la date du 10 décembre 1896, le docteur incriminé était avisé qu'à partir du 1er janvier 1897, il ne faisait plus partie de la société comme médecin traitant. Il y avait là, non une révocation, mais une simple rupture d'engagement entre personnes libres de se quitter. Le personnage en question, oublieux du but humanitaire poursuivi par la société, jura de se venger et porta la question devant le syndicat médical.

Devant pareille menace, la société sollicita une entrevue avec le Président du Syndicat médical, persuadé que le conflit professionnel ne tiendrait pas devant ses loyales explications. A sa grande surprise lors de sa première entrevue, la question fût portée non sur le terrain professionnel, *mais économique*. Sans se soucier des déficits toujours possibles dans une société, un vice-président du syndicat médical, eut le triste courage de déclarer que toutes les économies réalisées par les sociétés de secours mutuels étaient de l'argent volé aux médecins. Enfin, après des pourparlers multiples, et tout à l'honneur du Bureau de la Société S. R., il fut décidé que le médecin serait entendu et, que cette formalité terminée, le Syndicat se désintéresserait de la question.

On pouvait donc considérer le débat comme terminé.

Ces concessions pourtant n'étaient point suffisantes pour plaire au Syndicat, qui brusquement profitant de la situation, voulut augmenter le tarif des visites et déclara que dans le cas où la Société n'accepterait pas ce contrat léonien (*sic*) qui mettait en péril une des plus importantes sociétés de la région, il engagerait les médecins de M. L. à refuser leurs soins aux malades. C'était pour les sociétaires l'absence de tout médecin.

Résignée à tous les sacrifices pour sauvegarder la santé de ses membres, la société S. R... bien que répugnant à ces manœuvres inattendues et inexplicables chez des médecins soucieux de leur dignité, accepta d'entendre le docteur remercié et d'augmenter d'un quart la rétribution du service médical.

Pour mettre le comble à ses exigences, le Syndicat médical ne se déclara pas satisfait ; il fallait encore que le médecin remercie soit réintégré d'office dans ses fonctions. La Société S. R... n'accepta pas cette dernière condition et le Syndicat poussa l'inconvenance jusqu'à forcer les médecins de M. L. à donner leur démission (mai 1897.)

Pour assurer le service médical la société chercha aussitôt un médecin. Après de nombreuses formalités, le Dr X... accepta le service à partir du 1er juillet 1897.

Lorsque le Syndicat apprit que la société avait mis la main sur un jeune médecin, il essaya d'intimider ce docteur. Au commencement de juillet, le Président du syndicat, l'informait que sa religion avait été trompée et qu'il devait donner sa démission de la Société S. R... pour éviter le blâme qui serait infligé par les membres du Syndicat et reproduit chaque année à l'assemblée générale.

Le Dr X... se rendit alors chez M. Richard-Lesay, mais ce n'est pas le contraire qui eut lieu comme le prétend si bien le président du Syndicat. Dans cette entrevue il paraît d'après ce que nous savons, que M. X... déclara au Dr Ri-

chard avoir accepté d'être le médecin de la Société S. R. mais seulement après que la commission de la société lui eut nettement avoué que le docteur remercié, appelé à expliquer ses fautes commises, avait été dans l'impossibilité de le faire. Il fit aussi remarquer au président du Syndicat que la conduite des médecins de M. L... *approuvant implicitement* la mesure prise par la Société à l'égard du docteur remercié, justifiait pleinement sa décision.

M. X... affirma encore au Dr Richard qu'avant de prendre possession de ce poste il avait demandé et obtenu que la commission de la société, fasse de nouveau auprès des médecins démissionnaires, tous les sacrifices pour leur faire retirer leur démission.

M. X. ajouta même que l'avis du Dr Richard lui parvenait un peu tard et qu'il lui était impossible de rompre ses engagements, sous peine d'encourir de grandes responsabilités. Enfin, dans cette entrevue, M. X... objecta au Dr Richard — qu'il ne croyait pas manquer aux sentiments de solidarité confraternelle en prenant possession d'un service où en mars dernier, les anciens médecins s'engageaient formellement à continuer leurs fonctions comme par le passé, et ils sont restés bien longtemps après la décision de la société remerciant un de leurs collègues. — Qu'il ne comprenait pas pourquoi le Syndical médical le menaçait de ses foudres alors même que ce même Syndicat montrait tant de bienveillance à un médecin de M. L. lorsqu'au 1er janvier 1897, ce dernier acceptait la succession du docteur remercié et exerçait les fonctions pendant plusieurs mois.

Malgré la perspicacité et la stricte observation des sentiments de bonne confraternité médicale dont le Dr X... a fait preuve en acceptant d'être le médecin de la société S. R.... ; le syndicat médical eut l'audace de lui reprocher de méconnaître les principes admis en déontologie. Dans une assemblée générale ce syndicat, oubliant tout sentiment de dignité personnelle, refusant au Dr X..., une libre explication préalable, somma ce jeune médecin de fournir immédiatement sa démission de la Société S. R. ou d'obtenir un blâme des membres du syndicat.

En présence de la noble attitude du Syndicat, le docteur incriminé quitta la docte assemblée, regrettant vivement d'être dans l'impossibilité de répondre aux médecins Syndiqués et de leur prouver que ce sont eux qui méconnaissent les principes de la déontologie.

Il suffit en effet de lire impartialement les faits cités dans cet article ; de savoir comment et dans quelles conditions le Dr X.. a accepté les fonctions de la Société S. R. pour reconnaître immédiatement qu'il pratique les règles de la déontologie.

Il suffit au contraire de connaître les actes des médecins de M. L. (écrits que nous publierons s'ils en donnent l'autorisation), pour être convaincu qu'ils ne se préoccupent guère des principes déontologiques.

Nous pourrions prolonger davantage cette réponse, mais nous croyons avoir suffisamment prouvé au Dr Richard et au *Concours médical* que la conduite du Dr X.. est loin d'être blâmable et que dans cette campagne les torts ne viennent pas de la Société de S. R.. Celle-ci a fait l'impossible, sacrifiant sa dignité pour aplanir des difficultés dont elle n'était pas responsable.

Il est donc regrettable que le Syndicat médical n'ait pas compris que la question humanitaire devait l'emporter sur de mesquines et pécuniaires tracasseries, peu en rapport avec le *Sacerdoce médical.*

Signé : D'HUY,

Président de la Société de secours mutuels S. R.
58, rue de Condé, à Lille.

Pour copie conforme,

DELEVAL, huissier.

A défaut de bonnes raisons pour se justifier, on fait intervenir, dans le débat, l'huissier et la Société de Secours mutuels. Nous laissons à nos lecteurs le soin de juger cette conduite, la valeur des misérables arguments invoqués et la portée des injures à l'adresse des membres du syndicat.

A C.

REPORTAGE MÉDICAL

Le lait stérilisé dans les crèches et dispensaires d'enfants. — A la suite d'expériences prolongées, faites en plusieurs dispensaires d'enfants, M. le Dr Variot vient de demander que ceux-ci deviennent, ainsi que les crèches, des centres de distribution régulière de lait stérilisé.

— *Les instruments chirurgicaux dans les postes de police.* — Le Conseil municipal de Paris se prépare, dit-on, à approvisionner les postes de police, d'instruments chirurgicaux qui seront mis à la disposition des médecins chargés du service de nuit.

— *La fièvre typhoïde dans les casernes.* — L'approvisionnement des casernes en eau potable est-il capable, à lui seul, d'y supprimer la fièvre typhoïde, ainsi qu'on nous l'a fait espérer jadis ? Dans bien des villes de garnison cette maladie épidémique fait d'importants ravages parmi nos soldats depuis un mois. Beaucoup se demandent si le surmenage des manœuvres n'est pas le principal facteur étiologique de ces ravages.

— *Bibliographie.* — Nos lecteurs trouveront en vente chez tous les libraires de Paris, *la Réforme de l'Orthographe*, par le Dr Constantin, petite brochure où ce confrère cherche à formuler les règles générales à suivre, dans cette révolution pacifique, qui n'est pas sans intérêt.

— *Le micromatoscope.*— Les journaux américains signalent l'invention, à New-York, d'un appareil qui permet l'application des principes du cinématographe, aux photographies microscopiques. Cet appareil nous permettra-t-il, comme on peut l'espérer, l'étude de la vie des micro-organismes, dont naîtraient tant de précieuses déductions ?

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.199. — M. le docteur BRINON, de Châteauneuf-sur-Loire (Loiret), membre du Syndicat des médecins du Loiret et présenté par M. le docteur Gassot (de Chevilly).

N° 4.200. — M. le docteur VIGNÉ, de Boulogne-sur-Seine (Seine), présenté par M. le Directeur.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 42 16 Octobre 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'affaire Laporte.

A Me Henri Robert, défenseur de notre confrère.

Maître,

Au moment où vous allez prendre la défense du malheureux Dr Laporte, il vous faut savoir que tous les praticiens de France se solidarisent avec lui, parce qu'ils se rendent bien compte que l'insuccès, seul, va le faire asseoir au banc des prévenus.

C'est avec les mêmes instruments quelconques, sans le secours de confrères, dans des locaux malsains, après des précautions antiseptiques involontairement insuffisantes, que nous pratiquons souvent, dans nos campagnes, les opérations de toute sorte. sans en avoir toujours une expérience assez parfaite pour éviter, à coup sûr, les trahisons de la main ou les complications imprévues. Cela n'est pas notre faute, mais il en est ainsi.

Ce procès est donc le nôtre.

En agissant comme nous le faisons, nous obéissons aux prescriptions du devoir, et nous suivons les formels préceptes de nos maîtres, n'écoutant que les suggestions de notre savoir et de notre conscience.

Mais, une tendance nouvelle veut nous enlever la liberté de nos jugements et de nos actes, à ces heures critiques, où, de notre sang-froid, dépend souvent la vie humaine. Nous protestons en masse, au nom de la science, au nom de l'intérêt des malades, contre une théorie qui nous amènerait devant des juges incompétents, et nous déshonorerait, peut être, pour avoir accompli un devoir sacré, dans une lutte, à armes inégales, contre la maladie.

On peut nous reprocher des fautes opératoires. Qui donc est infaillible ? Mais, bien téméraire serait celui qui, après coup, et abstraction faite de toutes les difficultés, affirmerait qu'elles étaient nécessairement évitables. Bien impeccable, aussi, celui qui nous rangerait dans les criminels, pour une échappée du bistouri ou d'un perforateur.

Les arrêts de la justice doivent avoir la haute valeur d'un enseignement moral. L'acquittement du Dr Laporte présentera ce caractère. — Il en serait tout autrement de sa condamnation.

Médecins, nous ne consentirons jamais à composer avec la responsabilité légale, quand notre conscience aura parlé, d'accord avec l'urgence.

Malgré les dénonciations, les gendarmes, la prison, nous ferons toujours librement, de notre mieux, ce que nous commandera l'intérêt du patient, comme nous l'avons toujours fait, malgré les commérages et les insinuations des malveillants et des ignorants. Ou bien, nous quitterons, la mort dans l'âme, une profession aimée, qui, non contente de ne plus nous faire vivre, ne nous réserverait que mécomptes et déshonneur.

Inutile ou funeste serait ainsi la condamnation.

N'hésitez donc pas, Maître, à user de toute votre éloquence dans la généralisation de cette cause. Nous étions menacés, déjà, dans ce que nous avons de plus précieux, le domaine de la conscience professionnelle : aujourd'hui ce domaine est violé, et la médecine en mourra, si votre voix n'arrête pas les envahisseurs.

Evitez, de grâce, à la justice française, une monstrueuse erreur sociale, dont elle porterait toujours la responsabilité à bon droit, car elle serait sans excuse, quand elle vous aura entendu.

M. Laporte n'est pas un coupable : on peut nous en croire, nous nous y connaissons.

Il est une *Victime du devoir médical*, et celle de nos Sociétés, qui vient au secours de ces victimes, s'acquittera vis-à-vis de lui, quand vous nous l'aurez rendu.

Veuillez agréer, etc.

Un médecin de campagne,
Membre du *Concours médical.*

L'Ordre des Médecins.

Puisque le Concours médical ne s'est pas encore prononcé, en Assemblée générale, sur la question et que la correspondance nous donne les avis les plus divers, je demanderai à mes confrères la permission de leur dire pourquoi je repousse la création d'un *Ordre des médecins*.

J'estime qu'il ne faut pas se payer de mots : Je vais au fond des choses, je cherche ce que cet ordre pourra être, quels seront son fonctionnement, son autorité, etc...., et je conclus d'abord qu'il serait inutile et ensuite qu'il pourrait être dangereux.

Qu'attendent donc de sa création les partisans de l'Ordre des médecins ?

La moralisation de la profession ; — mais, en vérité, avons-nous donc tant que cela besoin d'être moralisés ? Et nous appartient-il, à nous, de nous décrier nous-mêmes à ce point, que l'intervention de la loi devienne nécessaire pour rehausser notre niveau moral ? Nous avons des brebis galeuses, certes, mais elles sont loin de constituer une fraction notable du troupeau ; nous exagérons à plaisir et, fanfarons de vices, nous nous donnons en pâture à la presse politique, dont les vertus dominantes ne sont certes ni la modération, ni la mesure, et qui nous arrange comme on sait. Nous nous enlevons même le droit de protester, puisque nous nous accusons nous-mêmes.

Il s'agit donc, en réalité, non pas de moraliser la profession médicale, mais de moraliser certains médecins qui sont, on l'avouera, fort peu moralisables.

Croit-on réellement que les affiches charlatanesques, les médecins ambulants, les traitements garantis, *exclusivement végétaux et sans mercure*, les plaques dynamisées et tous ces avatars de l'orviétan de nos pères, disparaîtront, parce qu'on aura créé un ordre des médecins ?

Et ces médecins qui ont la spécialité de guérir les *maladies réputées incurables*, qui avec leurs inhalations, leurs fluides magnétiques, leurs pommades extraordinaires ou leurs appareils mirifiques savent attirer la clientèle que votre honnêteté laisse échapper, croyez-vous qu'ils modifieront leur mode de faire ?

Tant que sur cette terre, il y aura des imbéciles — et on me concédera bien que l'espèce n'est pas prête à disparaître — il y aura des gens pour les exploiter : il y en aura parmi les médecins comme parmi les notaires, parmi les banquiers, comme dans toutes les professions. On pourra légiférer, on ne supprimera jamais ces personnages, qui restent en marge du Code, qui tourneront la loi, pour ne pas la violer ou qui impunément, sauteront à pieds joints par dessus, car la sottise humaine plane au-dessus de tout dans une sphère sereine.

Les projets d'organisation d'un Ordre des médecins jusqu'ici proposés peuvent se diviser en deux catégories : les uns se contentent des moyens moraux, de l'avertissement, du blâme, de l'exclusion ; les autres vont jusqu'aux pénalités, l'amende, la suspension, le retrait du droit d'exercer.

Les premiers sont les plus nombreux, comme ce sont ceux qui comptent le plus de partisans. Je demande quelle pourra être leur action, non pas sur les catégories que je signalais plus haut — ce serait une naïveté — mais sur les médecins dont nous déplorons les agissements journaliers, qui vivent autour de nous et dont certes, nous avons plus à souffrir que des industriels n'ayant du médecin qu'un diplôme qui évidemment s'est trompé d'adresse.

FEUILLETON

Anecdotes médicales.

Monsieur et madame parlent de leur voyage de noces, devant l'un de nos plus célèbres accoucheurs. Tout à coup, l'enfant de la maison demande s'il y était. Notre confrère, voyant l'embarras des parents : Certainement, répondit-il, seulement vous êtes parti avec papa et vous êtes revenu avec maman !

***

Voici en quels termes un homme d'esprit, qui venait d'échapper à des maux sans nombre, exprimait sa gratitude à son médecin, en lui envoyant ses honoraires : « Madame la maladie s'en est allée, grâce à vous, et sa suivante au pâle et gracieux visage, dame convalescence, m'a fait gentiment ses adieux. Vous m'avez rendu à la vie, je vous pardonne. Vous m'avez rendu à mes amis, je vous en remercie. »

***

Entendu à la sortie de la Faculté.

Hier, vers trois heures de l'après-midi, l'obscurité était descendue positivement sur Paris, et, coïncidence singulière, à cette heure-là, la société médicale de.... reprenait ses travaux.

***

Un prosecteur fuyant l'école : C'est désolant, on ne meurt plus, il n'y a plus de cadavres ; plus moyen de disséquer.

Cette réflexion vaut celle du gavroche, devant le sinistre établissement, qui est situé au chevet de Notre-Dame : La Morgue est bien triste, aujourd'hui ; il n'y a personne.

***

X... est aussi perfide que spirituel ; ses roses cachent toujours des épines. Après un éloge de début, un éreintement.

On en parlait, entre deux communications, à la société de thérapeutique : drôle de corps, disait quelqu'un.

— Mais du tout, reprit le docteur C... ; il procède au contraire très méthodiquement : Il embaume avant d'enterrer.

***

Le poëte Charles Cross, fils du docteur Cross, l'auteur de tout un système de plessimétrie, prétendait avoir trouvé le moyen de rendre l'homme immortel, dans le vrai sens du mot. Et comme il faisait part à son père de sa découverte, celui-ci lui répliqua :

Tu veux nous priver des cieux attendus ? — Non, tu ne feras pas cela, mon fils, et il brûla le mémoire que celui-ci lui tendait.

Père, père, se contenta de dire Charles, tu n'es qu'un saturnien, tu dévores tes fils ?

***

Entre internes :

D'abord, moi, je ne dis jamais du mal de nos maîtres....

C'est vrai, ajoute l'autre, tu parles toujours de toi !

***

On raconte que le bon professeur P... ayant des

C'est le voisin qui fait la concurrence du rabais, qui accepte avec empressement les situations que les autres croient de leur dignité de refuser, qui se fait l'homme lige du maire, du curé ou du pharmacien pour faire la guerre au médecin mal pensant, qui ne manque aucune occasion de déblatérer contre l'ignorance de ses confrères, en exaltant ses capacités propres, qui ignore, en un mot, les règles les plus élémentaires de la déontologie. C'est contre ceux-là, que nos correspondants invoquent l'ordre des médecins ; ah ! s'il existait ! — Eh bien, ce serait la même chose absolument.

Que feront l'avertissement ou le blâme à des gens, qui n'obéissent qu'à une morale, à ce qu'ils croient être leur intérêt ? Se figure-t-on qu'ils ignorent le degré d'estime dont ils jouissent près de leurs confrères ? et pourtant ils continuent. Le blâme corporatif, qui, officiellement, leur pourra être infligé, mais ils s'en pareront comme d'un titre près de ce public ignorant, qu'ils courtisent : ils ont été blâmés, mais c'est qu'ils prenaient en pitié les malheureux auxquels ils se contentaient de demander 2 fr. quand leurs confrères prennent le double, mais c'est que leurs confrères sont jaloux de leurs succès.... et ils trouveront des applaudissements, qu'on le sache bien ! Ce sera pour eux, une réclame de plus.

On me dira qu'il y a l'exclusion — ils ne s'en soucieront pas plus que du blâme ; ce sera simplement un degré de plus dans la persécution, dont ils se diront victimes et qu'ils s'efforceront de faire tourner à leur avantage.

Ainsi compris, l'Ordre ressemble fort à un syndicat, dont tous les médecins seraient membres ; or, l'action des syndicats, on la juge insuffisante ; elle représente pourtant bien ce que serait l'action de l'Ordre : ses exclus auraient la même situation et garderaient la même conduite que les exclus des syndicats, qui ne paraissent pas autrement humiliés, ni gênés.

Je connais un médecin qui, noté comme indigne, a été chassé de partout et exclu de son syndicat. — Croyez-vous qu'il en soit décontenancé ? Point du tout, il continue à marcher la tête haute, se pose en juge du savoir et de la moralité de ses confrères, se livre au charlatanisme le plus éhonté..... et trouve derrière lui un nombreux public pour emplir ses salles d'attente et proclamer sa gloire! Que fera, contre cet homme, votre Ordre des médecins ?

J'en connais un autre qui, ayant visité de trop près le secrétaire d'un client, a été condamné pour vol et est devenu expert en l'art de tresser les lisières ; sa peine expirée, il est revenu dans sa ville et a repris sa clientèle. Inutile de dire qu'il est tenu à l'écart le plus absolu, qu'il n'est pas salué par les autres médecins, ni par les gens honnêtes — en a-t-il quelque souci ? il n'y paraît guère en tout cas : il fait sa petite besogne bien tranquillement, il ne semble plus guère se souvenir qu'il a eu des malheurs. Que pourra votre Ordre contre un tel sire (1) ?

Un projet a ajouté une pénalité indirecte : le médecin exclu ne pourrait plus remplir aucune fonction publique ; il ne serait ni expert en justice, ni médecin de l'assistance, ni inspecteur des enfants du premier âge, ni médecin des mutualités — mais est-ce donc le pactole que toutes ces fonctions ? Et croyez-vous que le médecin, tenu en dehors d'elles, en éprouvera un

(1) D'ailleurs, en vertu de la *loi Chevandier*, si elle avait existé à l'époque où ce fait s'est produit, les juges auraient pu interdire l'exercice de sa profession, à un médecin voleur.

---

enfants chez lui, le soir, pour les amuser, s'était fait des moustaches avec du charbon. On était venu le chercher, dare-dare, pour une femme qui avait une pneumonie. Pendant sa consultation, il avait remarqué sur les traits des gens, une interrogation inquiète à son égard, qu'il ne comprenait pas, et qu'il n'a compris que lorsqu'il est rentré chez lui, en retrouvant, dans une glace, sa moustache. C'est un trait d'un médecin d'un autre siècle.

***

Un cocher tombé de son siège, place de la Concorde, et porté à l'hôpital, entend après examen, le médecin dire à son interne : Il a été blessé près de la colonne.
— Pardon, rectifie-t-il, c'est près de l'obélisque.

***

Et de quoi est-il mort, docteur ?
Celui-ci, distrait : Est-ce qu'on savait seulement de quoi il vivait ?

***

Entre consultants :
Notre confrère n'est qu'un vantard... Il en dit plus qu'il n'en *panse.*

***

Le galant X... rencontre l'autre jour, la belle Mme F... escortée d'une nourrice.
— Ah ! madame, le joli bébé..., il est à vous ?
— Oui, monsieur, c'est mon dernier.
— Ce serait vraiment dommage ?

***

Le docteur A..., qui a des prétentions à l'infaillibilité du diagnostic, est appelé chez une dame.
— Je vois votre maladie, fit-il aussitôt... Vous éprouvez de petits malaises d'esto..
— Mais, monsieur...
— Des spasmes nerveux.
— Mais, monsieur, ce n'est pas moi qui suis malade, c'est mon oncle.
Le docteur sans se déconcerter :
— Je m'en doutais !

***

Gaston attend avec impatience le moment de liquider une vieille tante millionnaire, qu'on dit justement très malade.
Il rencontre le médecin qui la soigne, et anxieusement :
— Eh bien, docteur ? Ma pauvre tante ?
— Oh ! rassurez-vous, reprend le docteur, non sans malice... Elle va mieux... Elle a un bon coffre solide encore.
— Dites un *coffre-fort*, docteur, réplique vivement le malheureux Gaston, contenant avec peine son dépit.

***

Un médecin avait prescrit un régime à un jeune gommeux.
— Surtout, avait-il dit, un seul cigare après chaque repas.
A quelque temps de là, l'Esculape visite son client.
— Eh bien, comment vous trouvez-vous de mon régime ?
— Assez bien... Mais il y a ce diable de cigare après chaque repas !... Vous comprenez, moi qui n'ai jamais fumé.

***

si grand tort matériel ? Et puis êtes-vous si sûrs d'obtenir cette sanction ? Pour moi. j'ai des doutes, et je vois mal l'Administration éliminant un médecin condamné par ses confrères, pour avoir trop confondu l'exercice professionnel avec la politique.... si celle-ci a été gouvernementale. Il est bien entendu que si cette politique avait eu un autre caractère, tous les gros bonnets du parti s'empresseraient de serrer les rangs et de donner d'amples dédommagements au coréligionnaire persécuté : c'est dans ce cas surtout que l'exclu n'aurait rien à perdre, il deviendrait presqu'aussi intéressant que les sœurs d'une école laïcisée.

Mais, nous entrons dans le chapitre des pénalités et, quelles qu'elles soient, elles soulèvent des considérations d'un autre ordre.

Les pénalités ne se conçoivent qu'avec un tribunal d'appel et ce tribunal ne peut être que la *Cour d'appel*, comme il en est d'ailleurs pour toutes les juridictions spéciales : chambres des notaires, ordre des avocats, tribunaux de commerce, etc.... L'assimilation avec les fonctionnaires de l'enseignement, qui ont le Conseil supérieur de l'Instruction publique, n'est pas admissible : il s'agit, en effet, ici de défendre les intéressés contre l'omnipotence des Préfets ou du Ministre ; le cas n'est pas le même.

Eh bien ! malgré mon absolue confiance dans la justice de mon pays, confiance qui est encore accrue par l'incessante bienveillance dont ses représentants font preuve en toute occasion envers le corps médical, je crains que les arrêts de la Cour d'appel ne confirment pas toujours le jugement de la Chambre médicale. Le point de vue auquel se placeront les deux juridictions ne sera pas toujours le même. et il pourrait arriver que tel fait, répréhensible aux yeux des confrères, semblât absolument correct à ceux de Messieurs les Conseillers. Les mauvaises langues sont seules d'ailleurs à dire, que ces derniers verraient d'un œil défiant des pékins comme les médecins se mêler de rendre une justice quelconque, et prendraient un malin plaisir à leur montrer que, pour une telle besogne, leur esprit n'a pas été suffisamment faussé par leurs études antérieures.

Or voyez-vous le cas du médecin frappé par la Chambre médicale et absous par la Cour d'appel ?

Et puis, ces pénalités, quelles sont-elles ? — l'exclusion, ce sera la libération pour beaucoup, car les exclus pourront-ils être frappés ultérieurement d'autres peines ? C'est douteux ; l'amende qui aura peu de partisans et sera rarement appliquée ; la suspension temporaire et le retrait du droit d'exercer qui seraient les seules sanctions efficaces, si elles pouvaient être appliquées, mais qui ne le seront pas, je n'en veux pour preuve que ce qui se passe pour l'exercice illégal.

Comment ! vous ne pouvez, en dépit d'une législation formelle, vous débarrasser des rebouteurs, des marcous, des guérisseurs de tout poil et de toute robe, et vous vous figurez que vous empêcherez d'exercer un homme qui aura son diplôme de Docteur en poche ! Vous êtes donc les hommes de toutes les illusions?

On peut empêcher un avocat de plaider devant un tribunal, mais peut-on l'empêcher de donner des consultations juridiques ? On peut obliger un notaire à vendre son étude, mais qui l'empêchera de se transformer en agent d'affaires souvent très occupé ? Vous oubliez donc qu'avec les prétentions des pharmaciens, tous les médicaments simples ou composés pourront être librement délivrés sur la demande du ma-

---

Une vieille fille était venue demander plusieurs consultations au docteur Max Simon, pour une incommodité à laquelle les tout jeunes enfants sont trop souvent sujets et dont les personnes chargées de les tenir au sec sont naturellement fort ennuyées. La malade fut soignée et guérie. Elle avait des allures si confites, un maintien si plein de componction, que le docteur lui dit en la quittant : allez en paix, ma fille, et ne p...leurez plus !

* * *

Congratulations mutuelles, ou la casse et le séné.

L'interne du professeur Purgeraide : Oui, cher maître, je ne craindrais pas de l'affirmer devant l'univers entier, votre ouvrage, si longtemps attendu, restera le grand évènement scientifique de notre époque ; c'est un monument durable, assis sur des bases indestructibles, qui survivra aux siècles.

Le professeur, à moitié pâmé : Merci, cher ami, presque mon collaborateur ; votre appréciation ne fait que confirmer mes premières impressions sur la justesse de votre jugement et l'élévation de vos idées.

Vous admirez mon livre ; moi, j'admire votre goût !

* * *

Le Journal racontait dernièrement que M. Berger avait présenté à ses collègues de l'Académie un nez métallique perfectionné, qui lui avait servi à remplacer un nez véritable sur la figure d'un malade : « C'est évidemment un grand progrès, ajoutait-il ; mais si l'excellent docteur devait étendre sa clientèle à tous ceux qui, dans la politique, manquent de nez, il n'aurait plus une minute pour s'enlaver les mains ! »

* * *

Est-ce vrai que le docteur M... renonce à peu près à la clientèle ?

— Parfaitement, il peut en prendre à son aise et faire même de la science pure, car, comme il a épousé une femme horriblement laide, il a obtenu des parents cinq cent mille francs de dommages-intérêts.

* * *

Une vieille coquette demande en minaudant au Dr R..., s'il connaît le secret pour être jolie.

— Parfaitement, répond celui-ci : c'est de naître belle.

* * *

Entre bonnes langues :

Est-ce que vous croyez ce qu'on raconte sur notre confrère X... ?

— Certainement... et çà ne me surprend pas. — Mais, qu'est-ce que c'est donc, au fait ?

* * *

Le docteur Z... était sur le tapis.

— Quel homme ! s'écriait un de ses clients les plus enthousiastes ! Quelle science ! C'est à n'en pas revenir, vraiment...

— Là, je ne vous l'ai pas fait dire, murmura un cher confrère.

Pour copie plus ou moins conforme.

Dr Grellety (de Vichy).

lade ? Vous oubliez donc que, dans les pharmacies, le contrôle des ordonnances est impossible? Vous oubliez donc que le commerce des appareils orthopédiques et autres est libre ?

Et alors, que reste-t-il de vos moyens de coercition ? Ils feront tout juste autant d'effet qu'un épouvantail à moineaux dans les champs.

Mais l'Ordre ne serait pas seulement inutile, il pourrait devenir dangereux.

Dangereux, parce qu'inefficace contre les coupables véritables, il risquerait de frapper des innocents pour des peccadilles insignifiantes ;

Dangereux, parce qu'à la tolérance qui nous fait arrondir les angles dans nos contacts journaliers et passer sur bien des choses — à notre grand profit à tous — il substituerait bientôt le prosélytisme pour le triomphe de la vertu et de la règle ;

Dangereux, enfin et surtout, parce qu'il obligerait le corps médical à parler dans des cas où tout lui commande le silence.

Voyez-vous le cas d'un malheureux qu'attend la Cour d'assises : les choses ne sont pas toujours aussi claires qu'on veut bien le prétendre ; nous devrons, nous, ses confrères, le juger par avance, sans posséder les moyens d'investigation de la justice et risquer d'aggraver sa situation, sans pouvoir, dans le cas contraire, le soustraire à l'humiliation de l'audience. Et si, nous ne le jugeons qu'après condamnation, que pourra faire notre verdict d'absolution ? quel rôle aurons-nous en frappant un vaincu ?

Faut de la vertu, point trop n'en faut, dit le proverbe ; l'excès en tout est un défaut, même dans les réunions professionnelles, et j'estime qu'il faut se défier des esprits trop pointus qui rêvent de moralisation à outrance. Le caractère du médecin, son rôle social font qu'en réalité il ne relève que de sa conscience ; faut-il donc que des jurés experts mesurent l'élasticité des consciences ? Je vois là une investigation odieuse et je proteste par avance contre les dénonciations incessantes qu'elle occasionnerait.'

Et puis, enfin, ne craint-on pas que des coteries ne se forment au sein des Assemblées médicales, que les divisions, atténuées par les Syndicats libres, ne reprennent que de plus belle et qu'on ne voie chez nous, quelque jour *les poules des amis du gouvernement et celles de l'opposition* ?

On n'a pas été mêlé au mouvement professionnel et placé à la tête d'un Syndicat, comme je l'ai été depuis de longues années, sans avoir fait bien des remarques, sans avoir reçu bien des confidences, sans avoir par des conseils aplani quelques difficultés. Eh bien, cette expérience, qu'on voudra bien m'accorder, me fait protester contre ces groupements officiels et obligatoires. Pourquoi introduire dans nos réunions si cordiales dans leur liberté, des éléments qui nous répugnent ou simplement nous déplaisent ? Pourquoi ce *compelle intrare* pour des individus qui préfèrent — et sans doute ils ont leurs raisons — se tenir à l'écart ?

Il n'est de pires sourds, que ceux qui ne veulent pas entendre, et ceux qui prétendent les amender, risquent fort de prêcher dans le désert. Quant à ceux qui pèchent par ignorance ou par légèreté, il n'est pas besoin d'un appareil si formidable pour redresser leurs erreurs : les syndicats suffisent.

Avec ces derniers du moins, nous sommes chez nous, nos décisions ne risquent pas d'être réformées et nous n'avons dé mot d'ordre à recevoir de personne.

On nous dit que le mouvement syndical n'a pas donné ce qu'on en attendait, qu'il ne s'est pas généralisé suffisamment ;—je répondrai que c'est à nous que nous devons nous en prendre, comme je dirai que c'est notre faute, si les Syndicats médicaux ne jouissent pas encore de l'autorité morale, qu'ils devraient avoir près des médecins et près du public. J'ajoute d'ailleurs immédiatement, qu'il est pour nous des circonstances atténuantes et que l'existence des Syndicats médicaux ne date pas de si loin, que nous ayons pu, tous, modifier nos idées et nous imprégner de l'esprit de solidarité, qui doit régner au sein des Syndicats. Il faut laisser le temps faire son œuvre et savoir subir, même les inconvénients de la liberté.

Mais renoncer à cette liberté pour pouvoir prononcer officiellement l'indignité des médecins de pissotières ou de ces chevaliers d'industrie, *membres de diverses académies*, *décorés de plusieurs ordres*, *honorés des plus hautes récompenses*, qui continueront comme auparavant leur petit commerce — vraiment la compensation est trop maigre. A. Gassot.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de la blennorrhagie.

Notre très sympathique et très dévoué secrétaire général de la Caisse des Pensions de retraite, M. le Dr *Delefosse*, vient de publier un remarquable petit ouvrage que tout médecin voudra lire et posséder dans sa bibliothèque médicale ; c'est le traitement de la Blennorrhagie chez l'homme et chez la femme en 248 pages. C'est un véritable tour de force de concision et de précision. Comme il le dit, dans son introduction, le Dr Delefosse, en publiant ce travail, n'a pas eu l'intention de faire une étude complète de la blennorrhagie ; il n'a eu en vue que l'utilité des praticiens, qui n'ont pas le temps de lire tous les traités didactiques parus sur cette affection, qui ne connaissent souvent, que par des résumés, les principales méthodes de traitement préconisées dans ces dernières années, et qui, par conséquent, sont sujets à les mal appliquer et à les rejeter.

En somme, son ouvrage est un résumé de l'état actuel de la thérapeutique en ce qui concerne cette affection spéciale, et une relation détaillée des différents traitements nouvellement préconisés.

Voici, d'ailleurs, les conclusions générales auxquelles M. Delefosse arrive en ce qui concerne la blennorrhagie de l'homme.

1° Le canal de l'urèthre peut être atteint d'une inflammation produite par un microbe spécial, le gonocoque ; dans ce cas, l'inflammation prend le nom de blennorrhagie, ou d'une inflammation provenant de différents microbes : on désigne alors cette affection sous le nom d'uréthrite.

2° La blennorrhagie peut être aiguë ou chronique.

3° Dans la blennorrhagie aiguë, c'est le gonocoque qui est l'élément principal.

4° Dans la blennorrhagie chronique, la présence prolongée des gonocoques dans la couche épithéliale, détermine une irritation générale des éléments anatomiques, une déviation de nutrition qui continue à se faire sentir, alors même que le parasite a disparu, et établit ainsi définitivement, dans une partie du canal, un type épithélial bien différent du type normal.

5° Le traitement de la blennorrhagie aiguë comprend les instillations, les injections, les grands lavages avec différents antiseptiques dont les principaux employés sont : le nitrate d'argent, le permanganate de potasse et le sublimé, puis la médication par les bougies médicamenteuses et les balsamiques.

6° Les instillations argentiques paraissent supérieures à tous les autres traitements : les grands lavages ont donné d'excellents résultats dans les mains de praticiens expérimentés, mais, au dire de ces mêmes praticiens, c'est un traitement de « spécialiste ». Il demande une très grande habitude pour ne pas être, souvent, dangereux.

7° Le traitement abortif doit toujours être tenté dans les deux ou trois premiers jours de la maladie.

8° Le traitement de la blennorrhagie chronique doit s'attaquer au gonocoque et à l'épithélium transformé de l'urèthre. Il doit s'étendre généralement aux deux urèthres.

9° Les instillations argentiques donnent de meilleurs résultats dans la blennorrhagie chronique que dans la blennorrhagie aiguë.

10° Aucun traitement ne peut être commencé, dans la blennorrhagie chronique, avant la disparition de tout ce qui constitue ce qu'on appelle des nids à microbes.

11° Il y a des cas où la dilatation est nécessaire : les bougies Béniqué sont généralement suffisantes pour amener un bon résultat.

12° Le médecin doit jouer un rôle moral auprès du malade, pour éviter les suites déplorables d'un coït contagieux.

En ce qui concerne la femme, M. Delefosse passe en revue les diverses opinions au sujet du siège le plus fréquent de la localisation gonococcique, et il montre que la plupart des auteurs sont d'avis que la blennorrhagie siège plus fréquemment au col utérin et dans l'urèthre que dans le vagin. Il préconise surtout les solutions fortes de permanganate à 2 pour 100, ou les solutions de sublimé à 1 pour 1000.

M. Doléris conseille d'employer le traitement suivant :

1° Détruire radicalement les gonocoques dans le col ;

2° Les atteindre dans leurs retraites les plus profondes ;

3° Pour cela, il faut multiplier l'action des agents microbicides par la répétition des lavages antiseptiques spéciaux ;

4° Etaler, mettre à découvert le plus possible les diverticules folliculaires les plus profonds ;

5° Maintenir le col béant et son trajet largement ouvert par un bon drainage pendant un temps suffisant ;

6° Se mettre à l'abri des réinfections venant d'en bas par la vulve et le vagin, ou d'en haut par la filtration des exsudats tubaires, si les trompes sont infectées. Dans ce dernier cas d'ailleurs, le traitement utérin, loin d'être contre-indiqué, est d'un effet favorable.

Les lavages doivent être le remède de la première heure : mais la dilatation lente, progressive et répétée est l'élément le plus sûr du traitement intra-utérin, sur lequel on a le droit de compter le plus.

M. Eraud pense que la guérison vraie, bien nettement établie à longue échéance, est rare chez l'homme comme chez la femme, et même avec plus de vérité, chez la femme, car chez elle les organes lésés sont plus cachés et moins accessibles aux moyens thérapeutiques, les périodes menstruelles et des grossesses viennent aggraver la maladie. L'utérus étant un des lieux électifs de la blennorrhagie, c'est là qu'il faut chercher, ainsi que dans l'urèthre. La folliculite et la vulvo-vaginite doivent être négligées à ce point de vue, étant indemnes de blennorrhagie. Bien que la vaginite gonococcienne soit récusée comme existante, il n'en faut pas moins débarrasser le vagin, par des moyens détersifs, de toutes ses mucosités, au fur et à mesure qu'elles sont expulsées de l'utérus.

En raison du siège intra-épithélial du gonocoque, il serait convenable de diriger, contre ce dernier, un traitement chirurgical, c'est-à-dire avoir recours à la fois au raclage de l'urèthre et de l'utérus, suivi d'injections ou de lavages parasiticides : les résultats sont plus avantageux sur l'utérus, mais moins marqués pour l'urèthre. »

En résumé, la blennorrhagie chez la femme doit attirer l'attention constante du médecin. Il faut que ce dernier soit dorénavant bien convaincu que si la blennorrhagie chez l'homme et chez la femme n'est pas une affection aussi grave que la syphilis, elle peut avoir des conséquences qui la placent, dans le cadre nosologique, au rang des maladies les plus rebelles et les plus importantes (1).

Néphrectomie pour tuberculose primitive du rein.

M. le Dr *Loumeau*, de Bordeaux, a rapporté, au Congrès de chirurgie, une observation personnelle de *tuberculose primitive du rein à forme hématurique*, traitée par la néphrectomie lombaire et suivie de guérison.

La malade, âgée de 27 ans, célibataire, de souche tuberculeuse, était en proie, depuis huit mois, à des hématuries bacillaires spontanées, profuses, répétées, réfractaires à tous les traitements médicaux. Une anémie profonde, aggravée par des syncopes menaçantes, commandait d'urgence l'intervention. Le rein droit, bien que non augmenté de volume, paraissait nettement le point de départ de l'hémorrhagie en raison des coliques uréthrales localisées de ce côté, qui accompagnaient les hématuries ; en raison aussi de l'examen cystoscopique, qui montrait, avec l'intégrité de la cavité vésicale et l'aspect normal de l'urine émise par l'uretère gauche, la coloration rutilante du jet fourni par l'uretère droit. La néphrectomie lombaire, pratiquée sans incident, le 10 novembre 1896, amena la disparition définitive des hématuries. La

(1) Traitement de la blennorrhagie par le Dr Delefosse. Librairie Coccoz, Paris, 1897.

malade reprit rapidement ses forces et un certain embonpoint, et la guérison ne s'est pas démentie jusqu'à ce jour. A noter seulement deux légères hémoptysies, survenues en avril et mai derniers, au moment des règles, sans lésions appréciables du côté du poumon. Le rein enlevé présentait, sous un volume normal, une assez vive congestion de la substance corticale, plus particulièrement au niveau de l'extrémité inférieure où existaient quatre petits nodules tuberculeux, non ramollis, gros comme des têtes d'épingles. L'unique rein gauche qui reste maintenant à la malade, a doublé de volume depuis l'opération. Son urine ne contient pas de bacilles de Koch.

Les déventrés.

L'étude de l'ombilic a été jusqu'à présent très négligée ; et cependant, chez un grand nombre d'individus, cette ouverture naturelle est non seulement modifiée dans sa forme, mais encore altérée dans sa structure. Ces lésions, le plus habituellement d'origine exomphalique, ont été jusqu'alors complètement passées sous silence, comme n'offrant aucun intérêt clinique. Ces altérations de structure au contraire, donnent naissance aux troubles statiques et digestifs, les plus divers. C'est que l'ombilic n'est pas seulement, ainsi qu'on l'a décrit, une simple cicatrice, qui succède à la chute du cordon, quelques jours après la naissance. Son anneau fibreux, véritable squelette de la région, est la « clef de voûte » de la cavité abdominale (1).

S'appuyant sur des données précises d'anatomie et de physiologie mécanique, le Dr Zabé démontre péremptoirement que l'ombilic est le siège du *centre statique* de l'abdomen, c'est-à-dire, le point neutre qui assure la synergie des contractions musculaires de la paroi ventrale, et permet aux organes inclus dans cette cavité tous les mouvements et variations de volume possibles, sans qu'il y ait rupture d'équilibre. Cette vérité mécanico-physiologique, non encore révélée, jette un jour tout nouveau sur la pathogénie de la déséquilibration du ventre, attribuée jusqu'ici à des ptoses viscérales. Dans la grande majorité des cas, l'entéroptose de Glénard n'est qu'un épiphénomène de la « déventration » de l'ombilic, qui, tout d'abord, a déterminé la rupture de l'équilibre abdominal.

Et, de fait, l'étude de la constitution anatomique des exomphales minuscules, qui, si souvent, déforment la cicatrice ombilicale, permet de saisir le processus de l'abaissement du côlon transverse, et le pourquoi de la dyspepsie concomittante. « Chez l'adulte, le grand épiploon se rencontre constamment dans la hernie ombilicale, et contracte toujours des adhérences avec l'anneau » (Tillaux). Or, ce long voile séreux est fixé en haut, d'une part à l'estomac, d'autre part à l'arc du côlon qu'il tient entre ses lames dédoublées. Il en résulte une bride épiploïque « gastro-coli-ombilicale » qui à la fois entrave les mouvements stomacaux, et tend à abaisser le côlon transverse.

(1) Dr Zabé. *Des Déventrés*, étude anatomo-pathologique et mécanique de l'ombilic. Un vol. in-12 carré de 192 pages, avec 12 dessins d'après nature. Maloine, éditeur, place de l'Ecole de Médecine, Paris, 1897.

L'appellation de *déventrés*, plus synthétique que celle de déséquilibrés du ventre, évoque en plus, dans l'esprit, l'idée causale de la rupture d'équilibre. La plupart des « déventrés » ne tardent pas à devenir des déséquilibrés du cœur, du poumon et du cerveau. Les palpitations, les oppressions, les vertiges surgissent fréquemment à la suite du défoncement hernieux de l'anneau ombilical. Il s'en suit un tiraillement des orifices, une excitation des vaisseaux, avec irritation des troncs nerveux qui rampent sous les feuillets du segment péritonéal soulevé. Les cures obtenues par de simples moyens mécaniques, tels que le massage, une contention méthodique, sont une preuve certaine, que le point de départ de ces différents troubles fonctionnels n'est autre qu'une altération de structure de l'ombilic, le plus ordinairement une déformation herniaire de la cicatrice native.

MÉDECINE PRATIQUE

Le goître exophthalmique.

Les nombreuses communications faites par plusieurs physiologistes et chirurgiens sur le goître exophthalmique ont remis cette très intéressante question à l'ordre du jour, à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie. Les connaissances sont d'ailleurs encore fort limitées sur la nature et le traitement de cette affection nerveuse et de patientes recherches sont encore nécessaires pour arriver à la solution de ces deux problèmes.

I

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE.

Le goître exophthalmique ou maladie de Graves ou encore maladie de Basedow, n'est connu que depuis environ cent ans. Elle est caractérisée par une triade symptomatique absolument pathognomonique : 1° palpitations et tachycardie avec ou sans hypertrophie du cœur ; 2° développement exagéré du corps thyroïde, avec dilatation parfois énorme des vaisseaux du cou ; 3° saillie plus ou moins prononcée des globes oculaires (exophthalmie).

Cette affection est surtout fréquente chez la femme (42 fois sur 50 cas, Withuisen) et se rencontre principalement dans l'âge adulte, chez des sujets particulièrement émotifs, névrosés et dégénérés. Les grandes émotions, les frayeurs intenses, les chagrins violents, semblent avoir une sérieuse influence pathogénique. La chloro-anémie peut coïncider avec le goître exophthalmique, mais elle n'en paraît pas être la cause.

Quant à la nature même de la maladie, les nombreuses recherches physiologiques qui ont été entreprises, parviendront peut-être à l'élucider. Actuellement, on est encore indécis.

Trois théories sur cette pathogénie ont été en vogue : 1° la théorie hématogène ; 2° la neurogène et enfin 3° la thyrogène. La première est en contradiction avec certains faits bien établis et ne peut plus être admise. Les théories neurogènes du goître exophtalmique, qui cherchent à localiser le substratum de la maladie (sympathique, vague, bulbe, etc.) sont parfois en contradiction avec des faits cliniques et anato-

mo-pathologiques. La forme de neuropathie ou névrose constitutionnelle qu'admettent quelques-unes de ces théories, ne peut pas expliquer la localisation spéciale des phénomènes de cette maladie. Actuellement, c'est la théorie thyrogène qui domine. Elle prend en considération les modifications qualitatives du suc sécrété par la glande thyroïde, encore plus que l'hyperfonction de cet organe et l'augmentation de sécrétion.

C'est la théorie exposée par le Dr *Eulenburg*, de Berlin, au congrès de Moscou, et soutenue par le Dr J. Voisin, de Paris.

Cependant, nombreux sont les auteurs qui, moins exclusifs, accordent, sinon la prépondérance, du moins une influence égale au système nerveux sympathique. Pour eux, ce n'est pas seulement l'altération anatomique et fonctionnelle de la glande qui est en cause. Si on cherche dans les antécédents héréditaires et personnels des malades, on trouve toujours, chez les Basedowiens, des tares nerveuses. Ici donc, comme dans la neurasthénie et les autres névroses, l'altération des fonctions sécrétoires prend sa source dans une altération du système nerveux. C'est donc à ce dernier que le traitement doit s'adresser et c'est ce qui explique pourquoi les Basedowiens traités par le courant galvanique, une fois guéris, n'ont plus besoin d'un nouveau traitement. (Régnier, Jaccoud).

II

SYMPTOMATOLCGIE.

D'un début généralement peu bruyant, la maladie s'annonce pendant une période de troubles cardiaques et nerveux de plus en plus intenses.

Les battements du cœur sont violents (palpitations) et fréquents (tachycardie) : le nombre des battements cardiaques peut atteindre 130, 160 par minute, quelquefois même, le nombre des battements est tel qu'il devient incomptable ; c'est la folie du cœur, de Bouillaud. Cette exagération de fonctionnement amène souvent de l'hypertrophie du cœur ; elle produit aussi parfois de la dilatation du muscle cardiaque et de l'insuffisance valvulaire mitrale.

Enfin, on a observé des phénomènes aigus d'asystolie, œdémes, ascite, cirrhose hépatique, etc., à la suite de cet affolement du cœur, sans qu'il ait été possible de percevoir le moindre souffle valvulaire.

Friedreich a signalé la possibilité de l'insuffisance tricuspidienne et du pouls veineux, par suite de la gêne que déterminent, dans la circulation pulmonaire, les accès de suffocation paroxystiques qui se répètent parfois à intervalles rapprochés.

Les veines jugulaires sont le plus souvent turgescentes et l'on constate, par l'auscultation à leur niveau, des souffles ou simplement un susurrus intermittent. En revanche, Graves, Stockes, Hirsch avaient depuis longtemps remarqué que le pouls radial, à part sa fréquence, contraste par sa faible amplitude, sa petitesse, sa dépressibilité avec le pouls carotidien, par exemple.

Ces troubles vasculaires et cardiaques s'accompagnent d'une surexcitation, d'une nervosité inaccoutumées. Les malades sont inquiets, irritables, chagrins, leur caractère est profondément modifié et l'on a vu jusqu'à l'excitation maniaque (1). M. Teissier a observé une hémiplégie transitoire, et même une paraplégie au cours de cette affection.

Le plus souvent, les Basedowiennes sont aménorrhéiques, boulimiques, mais amaigries, débilitées ; le sommeil est constamment interrompu par l'intensité des battements de cœur ; les forces se perdent et l'affaiblissement peut être poussé jusqu'à la cachexie. La température centrale est généralement élevée et les malades éprouvent une crainte exagérée de la chaleur.

A côté de ces troubles nerveux, on peut observer des diarrhées paroxystiques et des hémorrhagies intestinales ; on a encore signalé comme troubles nerveux sympathiques, le vitiligo et l'urticaire chronique (troubles trophiques).

Pendant que se déroule le tableau clinique, dont nous venons de donner l'esquisse, apparaissent la tuméfaction du corps thyroïde et la saillie exagérée des globes oculaires.

Le corps thyroïde est inégalement tuméfié, plus volumineux à droite qu'à gauche (Trousseau) et rarement gonflé au niveau de l'isthme.

Les vaisseaux dilatés et turgescents serpentent dans le parenchyme thyroïdien et y produisent des souffles et des battements, qui en ont imposé, parfois, pour des anévrysmes cirsoïdes. Laveran et Teissier ajoutent que la tumeur présente un certain degré d'irréductibilité. La turgescence de la glande peut être telle que la trachée est comprimée et qu'il en résulte des crises de suffocation et d'asphyxie, tout comme dans le goître ordinaire kystique.

La saillie énorme des globes oculaires ou exophthalmie, peut être telle que les globes oculaires sont véritablement luxes.

Au contraire, la saillie peut être à peine appréciable ; entre ces deux cas extrêmes, il y a place pour tous les degrés suivant les sujets. Lorsque l'exophthalmie est très prononcée, les paupières ne peuvent plus se fermer, même pendant le sommeil. La cornée mal protégée s'enflamme et s'ulcère parfois. A l'ophthalmoscope, on constate une importante injection choroïdienne et même des battements dans les artères rétiniennes.

La vue n'est cependant pas modifiée. On note seulement un défaut de synergie entre les mouvements des globes oculaires et des paupières.

Faisons remarquer, enfin, que l'exophthalmie, chez les femmes, est exagérée passagèrement au moment de chaque époque menstruelle.

La *marche* de l'affection est lente et progressive. Cependant, elle peut avoir un début brusque et procéder par à-coups soudains, accès terribles de suffocation et asphyxie.

Ces accès provoquent une grande surexcitation cérébrale. La fatigue énorme qu'ils produisent et le fonctionnement exagéré du cœur, amènent peu à peu une sorte de marasme, de cachexie, à laquelle le malade peut succomber. Telle n'est pas heureusement toujours la terminaison du goître exophthalmique. Bien au contraire, il guérit dans les 4/5 des cas. La grossesse peut avoir une heureuse influence sur la maladie ou, au contraire, la faire aboutir à l'aliénation mentale.

(1) Pathologie. Laveran et Teissier, I, II, page 112.

Quelques cas de mort par goître exophthalmique doivent être imputés soit à une syncope, soit à une hémorrhagie cérébrale, pulmonaire ou intestinale, soit à une complication broncho-pulmonaire ou asystolique. Enfin, on a signalé un cas de mort par gangrènes multiples et un cas de mort par péritonite due à une gangrène de l'intestin.

Formes cliniques. — A côté de la forme type que nous venons d'envisager, la maladie de Basedow peut affecter des formes incomplètes, des formes frustes qui la rendent un peu méconnaissable, mais qui cependant ne dérivent que d'elle.

L'exophtalmie manque assez fréquemment ou. du moins, elle est peu prononcée et il faut de l'attention pour la découvrir. L'hypertrophie thyroïdienne peut être à peine apparente et il ne reste plus alors que les palpitations, la tachycardie et les phénomènes nerveux qui manquent exceptionnellement. D'où la classification suivante des formes frustes :

1° Forme sans exophthalmie.

2° Forme sans hypertrophie thyroïdienne, mais avec exophthalmie.

3° Forme sans goître et sans exophthalmie, avec tachycardie et nervosité extrême.

Diagnostic. — Tant que l'hypertrophie thyroïdienne est nettement appréciable, la difficulté du diagnostic n'est pas énorme. Il n'y a que les goîtres kystiques, les hypertrophies thyroïdiennes liées à la grossesse et les néoplasmes du corps thyroïde, qui puissent en imposer pour une maladie de Basedow. On pourra cependant arriver à faire ce diagnostic en tenant compte de l'accélération des battements du cœur, fait véritablement essentiel dans le goître exophthalmique. Les tumeurs goîtreuses, cancéreuses, kystiques ou autres, sont généralement plus volumineuses et apparaissent à un âge plus tardif que le goître exophthalmique. Quant à l'hypertrophie thyroïdienne de la grossesse, elle est peu volumineuse, et s'accompagne rarement d'exophthalmie ou de tachycardie. La grossesse atténue même généralement les symptômes de la maladie de Basedow.

Là où la difficulté devient énorme, c'est dans les cas de formes frustes, par exemple, dans le cas de tachycardie violente avec très léger goître. Une grande attention est alors nécessaire et un examen soigné des organes devra être pratiqué à plusieurs reprises, pour reconnaître la véritable nature des troubles observés.

III

RÉSUMÉ ANATOMO-PATHOLOGIQUE.

Les recherches nécroscopiques n'ont donné pendant de longues années que des résultats insignifiants : longtemps, on a erré dans l'interprétation des faits et des lésions, sans parvenir a découvrir leur véritable signification. « Les seules lésions nettement constatées sont : l'hypertrophie cardiaque, avec ou sans lésions valvulaires (lésions peut-être antérieures au développement de la maladie ou purement accidentelles) ; un certain degré d'infiltration gélatiniforme et de sclérose périvasculaire du corps thyroïde : enfin l'augmentation du volume du coussinet adipeux sur lequel repose le globe de l'œil, quelquefois infiltré de sérosité.

« Le sympathique a été soigneusement exploré, et, dans les quelques cas où des lésions ont pu être relevées, l'examen le plus scrupuleux n'a fait découvrir que de minimes altérations. On a signalé parfois une dilatation considérable des vaisseaux de la moelle, du bulbe et de la protubérance, constatée à l'autopsie. D'où la théorie pathogénique de l'origine bulbaire du goître exophthalmique » (1). (G. Ballet).

La physiologie paraît devoir donner de plus amples indications. La glande thyroïde sécrète normalement un suc dont les propriétés paraissent être d'entretenir la régularisation des fonctions du grand sympathique ; l'altération de composition, l'excès de sécrétion de ce suc a pour résultat l'affolement du sympathique, du qui se traduit par l'accélération des mouvements cœur, l'augmentation de volume du corps thyroïde, l'exophtalmie ; son absence produit le goître thyroïdien, ou encore le myxœdème ; ou l'obésité seulement, ou peut-être, d'après les recherches du Dr Jouin, la formation de corps fibreux utérins et la congestion ovarienne. Quoi qu'il en soit du véritable rôle du suc thyroïdien dans la pathogénie des goîtres en général et du goître exophtalmique en particulier, l'idée a eu son utilité, car elle a servi de base au traitement pour quelques auteurs.

IV.

TRAITEMENT.

Dans le principe, on opposa au goître exophthalmique les bromures, les opiacés, les arsenicaux à fortes doses. Quelques uns essayèrent la digitale pour ralentir les mouvements du cœur. D'autres enfin instituèrent la médication hydrothérapique simple (douches froides en pluie et en jet). C'est, en effet. une excellente méthode dans bien des cas. Quant aux iodures, ils sont absolument contre-indiqués, car ils sont très mal supportés. Enfin, d'autres préconisèrent l'électricité.

Aujourd'hui deux médications sont en vogue: la méthode thyroïdienne et la méthode chirurgicale.

M. J. Voisin a rapporté au Congrès de Moscou qu'il avait soigné 7 malades par la méthode thyroïdienne, c'est-à-dire par l'ingestion de corps thyroïde, et qu'il avait toujours obtenu des succès.

Ce sont les symptômes fonctionnels (tachycardie, émotivité, etc.), qui disparaissent les premiers. La médication doit être surveillée avec soin pour éviter les accidents. Elle doit être continuée longtemps et reprise de temps en temps.

Béclère, Bruns, Silex, David Owen, Eulenburg ont obtenu aussi des succès par cette médication. A l'heure actuelle la thérapeutique thyroïdienne par les voies digestives peut être appliquée de trois façons différentes, soit que l'on fasse ingérer de la glande fraîche, de la glande sèche ou de l'iodothyrine, les autres produits que peut contenir la glande n'ayant point été jusqu'à présent préparés en assez grande quantité pour être employés en thérapeutique.

C'est à l'iodothyrine que les auteurs allemands ont le plus souvent recours ; en France, on em-

(1) Laveran et Taissier, *Pathologie medicale.*

ploie de préférence les capsules de corps thyroïde (6 à 8 par jour).

Malheureusement, à côté de quelques beaux résultats, que d'échecs et d'accidents ! Lemke et Leichtenstein virent l'aggravation des symptômes et le premier eût même un cas de mort. Actuellement cette thérapeutique paraît jugée, elle reçut son coup de grâce à la Société de médecine berlinoise (22 janvier 1896). A M. Silex qui avait montré une malade complètement guérie, à M. Stabel qui disait avoir obtenu 92 p. 100 d'améliorations temporaires, MM. Mendel, Senator, Ewald opposèrent des cas qui en montrèrent tout le néant et tous les dangers.

« En ce qui concerne la méthode chirurgicale, de multiples procédés opératoires ont été appliqués, en ces dernières années, au traitement du goître exophthalmique. Parmi les principaux, il faut citer la ligature des artères thyroïdiennes, l'énucléation, l'exothyropexie, la thyroïdectomie, enfin la section du sympathique cervical. Chacune de ces opérations a aujourd'hui fait ses preuves, et si l'on en croit le docteur Surrel (*Th. doct.*, Paris 1897), il n'y en a aucune qui soit absolument efficace et sans dangers.

« La *ligature des artères thyroïdiennes* est applicable aux goîtres parenchymateux et vasculaires, mais reste sans succès dans les goîtres kystiques ou à noyaux. Elle peut enrayer quelque temps la marche de la maladie, mais les résultats en sont incertains et les récidives fréquentes. De plus, la difficulté opératoire due aux changements, de rapports de la région, et les hémorragies secondaires attribuables à la friabilité des vaisseaux peuvent compliquer l'opération.

« L'*énucléation* du goitre, dans la maladie de Basedow, peut donner de bons résultats ; elle n'est pourtant pas à l'abri des récidives. Certaines complications l'entravent quelquefois : 1° la multiplicité des kystes ou noyaux nécessitant une extirpation totale ; 2° la difficulté où l'on se trouve de délimiter nettement la tumeur p'avec le tissu glandulaire ; 3° l'hémorragie qui peut être grave ; 4° la présence d'adhérences dues à un processus inflammatoire ou à un traitement palliatif antérieur.

« L'*exothyropexie*, en outre des récidives, a des suites longues, malpropres et pénibles. On peut voir survenir consécutivement de la fièvre compliquée, d'agitation, de délire, de coma. On a constaté également des cas de mort subite.

« La *thyroïdectomie* est grave par elle-même, et, en dépit de toute prévision et de l'habileté de l'opérateur, est entourée de dangers pouvant apparaître au cours de l'opération ou dans les jours qui la suivent. Ce sont : 1° La fièvre post-opératoire avec ses accidents généraux ; 2° la mort subite ; 3° la tétanie ; 4° l'hémorragie ; 5° les accidents dus aux lésions de la trachée ; 6° des troubles de la voix ; 7° des complications broncho-pulmonaires ; 8° de la dysphagie. Les effets de l'intervention sont inégaux sur les différents symptômes de la maladie, et l'intervention lui donne même quelquefois un coup de fouet.

« Quant à la *section du sympathique cervical*, préconisée en ces derniers temps par Jaboulay, Jonnesco, elle est encore de date trop récente pour qu'on puisse en apprécier d'une façon décisive les résultats ; on a déjà signalé pourtant, dans le cas de M. Gérard-Marchant, une récidive, et ce genre d'intervention ne peut certes pas compter parmi une des plus simples et des moins conséquentes de chirurgie moderne. » Flœrsheim (In *Journal des Praticiens*.)

Récemment, à l'Académie, le grand opérateur du goître, M. *le Dr Poncet*, de Lyon, a exprimé son opinion en ces termes :

« Il n'est pas exagéré d'avancer qu'aucun chirurgien prévenu ne prendrale bistouri, sans arrière-pensée et sans avoir sévèrement discuté son intervention, lorsqu'il s'agira de toucher au corps thyroïde d'un basedowien. Je n'irai pas aussi loin dans la voie de l'abstention que le professeur Tillaux, qui, dernièrement déclarait ne considérer comme opérables que les faux goîtres exophthalmiques, c'est-à-dire les tumeurs thyroïdiennes bénignes, causant secondairement les troubles fonctionnels du basedowisme par compression plus ou moins tardive du sympathique cervical. Ces faits particuliers doivent être considérés comme des goîtres vulgaires et traités comme tels.

« Reste le goître exophthalmique, vrai, primitif, avec sa triade complète d'emblée. Pour ce goître, autant que M. Péan, plus que lui peut-être, j'estime qu'il doit être traité par les moyens médicaux toutes les fois qu'on le peut, c'est-à-dire toutes les fois que les accidents imminents de suffocation n'imposent pas un acte chirurgical d'urgence : et même en cas d'asphyxie, avant de toucher au corps thyroïde, je crois que l'on doit essayer de libérer la trachée par la simple incision large des parties molles au devant de la tumeur.

« En somme, il faut essayer tout d'abord la médication interne ; chez les malades de la classe pauvre ou ceux qui vont rapidement à la cachexie, conseiller l'opération en prévenant le malade de ses dangers.

« Si la tumeur est de volume moyen, l'enlever par l'énucléation massive ou par la thyroïdectomie partielle. Si elle est plus grosse et très vasculaire, donner la préférence à l'exothyropexie, malgré les chances d'insuccès peut-être plus nombreuses. On sera toujours à temps de recourir à l'excision secondaire du goître lorsque la trombôse partielle des vaisseaux par l'exposition à l'air, aura diminué les difficultés opératoires et les chances d'intoxication.

« Pour les cas de tumeur charnue volumineuse, pour les cas de maladie de Basedow sans goître ou avec un goître de très petit volume et avec des troubles vaso-moteurs très accentués, pour les cas enfin où le malade, averti des dangers qu'il court après une intervention thyroïdienne, s'y refuserait, discuter la sympathectomie. »

Que conclurons-nous de cette étude ?

Le mieux pour les praticiens est de revenir à l'ancien traitement : Hydrothérapie et médication arsenicale (liqueur de Fowler ou arséniate de soude à doses progressives) alternée avec les bromures. De plus, l'électricité, dans des mains expérimentées, employée sous forme de courant galvanique et appliquée sur les côtés du cou, au niveau des grands sympathiques, donne des guérisons remarquables et durables. (Régnier-Debraye).

Dr Paul Huguenin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Responsabilité légale des médecins.

Très honoré et cher Confrère,

Voulez-vous me permettre un mot au sujet de l'affaire malheureuse de notre honorable confrère le docteur Laporte.

Labruyère, au 17me siècle, disait des médecins : On les raille (témoin Molière) et on s'en sert tout de même ; ils sont bien payés, ils marient leurs filles en haut lieu, ils poussent leurs fils au parlement, etc.

Aujourd'hui, la proposition doit être renversée ; on ne les raille pas ; mais, ce qui est plus grave, on les blâme, on les accuse, on les traduit en police correctionnelle, lorsqu'ils ne réussissent pas. On les paie d'ailleurs le moins possible, ou même pas du tout.

Le docteur Laporte est coupable, parce qu'il n'avait qu'un *forceps Pajot*, qu'il n'avait pas le *perce-crâne Blot* ; s'il avait eu des instruments perfectionnés, la femme qu'il accouchait *ne serait pas morte ; évidemment il l'a assassinée !* Qui dit cela ? quelques journalistes parisiens, entr'autres M. de Cassagnac, tous étrangers à la médecine, aux dificultés de la pratique, et qui, sans savoir un mot de la question, s'empressent d'enlever à un médecin malheureux, le pain et l'honneur à la fois ! Ne pourrait-on pas dire à ces messieurs, avec raison : *Ne sutor ultra crepidam.*

Voici un fait que je me permets de citer, et qui a quelque rapport avec le cas de notre confrère.

Il y a une trentaine d'années, je me trouvais, avec mon confrère M. B..., chirurgien distingué, auprès d'une femme en couches ; le bassin était étroit, les parties étaient énormément tuméfiées, le forceps n'avait pu être appliqué ; la femme souffrait depuis 4 jours, elle était épuisée, presque mourante. Il fallait, à tout prix, la délivrer, et sur le champ. Nous n'avions sous la main, ni perce-crâne, ni céphalotribe. Mon confrère prit de vieux ciseaux de ces pauvres gens, et ouvrit le crâne du fœtus ; il arrangea une cheville de bois, attacha à la partie moyenne une ficelle, et l'introduisit dans le crâne, dont la cervelle s'était écoulée en partie ; en faisant de violentes tractions, avec la dite ficelle, la tête vint ; la femme put être délivrée et elle revint à la vie. Si elle était morte pendant ces manœuvres, ce qui pouvait bien arriver, et si quelque journaliste parisien avait connu le fait, que n'aurait-il pas dit ; nous étions des assassins, voués à la police correctionnelle. Une cheville de bois, une ficelle, des ciseaux rouillés ! quel crime abominable ! Les journalistes si indulgents, pour les panamistes, qui ont volé huit cents millions à l'épargne de pauvres gens, ne nous auraient pas épargnés à coup sûr.

Concluons que la magistrature, à moins d'intention criminelle, ne peut, sans de grands inconvénients, ce semble, s'immiscer, sur la dénonciation de *personnes ignorantes*, dans les détails de la pratique médicale. Un médecin qui, dans un cas malheureux, fait tout ce qu'il peut, tout ce qu'il sait, qui se dévoue pour un malade, mais qui malgré ses efforts ne réussit pas, ne devrait pas être traité comme un vil criminel, emprisonné, sans enquête préalable, et déshonoré, pour toujours.

Dr M. Bastié.

Médecins et sages-femmes.

Notre collègue, le Dr Léon Archambault, sans, toutefois, nous faire connaître le signataire, nous communique la circulaire suivante, qui lui a été remise par une sage-femme, peu enchantée de l'offre carrée de dichotomie faite par un médecin :

IMPORTANT ET CONFIDENTIEL.

Paris, année 1895.

Madame,

Le docteur X... (*suivent les titres*) a l'honneur de se mettre à la disposition de Mesdames les sages-femmes, pour les interventions obstétricales (applications de forceps, versions..., etc..) et aussi pour toutes les opérations gynécologiques (curettages, périnéorrhaphies, etc.).

Le docteur X... s'*engage d'honneur* (!!) à ne jamais intervenir, dans la suite, dans la clientèle des dites sages-femmes, sans être appelé par elles ; *il abandonne à Mesdames les sages-femmes, pour les soins consécutifs aux opérations et aux accouchements, la moitié des honoraires* reçus pour les accouchements et pour les opérations ; il laisse à Mesdames les sages-femmes le soin de fixer, d'après la situation de leurs clientes, les honoraires à recevoir ; il se met aussi à leur entière disposition pour intervenir dans leur clientèle pauvre gratuitement, ou pour une somme tout à fait minime. Pour plus amples renseignements, s'adresser au docteur lui-même.

Veuillez agréer, je vous prie, mes respectueux hommages.

(*Adresse.*) (*Signé et paraphé.*)

BULLETIN DES SYNDICATS
et des Sociétés locales.

Syndicat des Médecins de l'Arrondissement de Saumur.

Saumur, le 11 octobre 1897.

Monsieur le Président,

Le Bureau du Syndicat des médecins de l'arrondissement de Saumur, réuni en séance, s'est occupé du cas de notre malheureux confrère le Docteur Laporte. Après délibération, nous avons adopté la motion suivante :

« Le Bureau du Syndicat des médecins de « l'arrondissement de Saumur, réuni en séance, « regrette les procédés employés vis-à-vis du « Docteur Laporte et lui envoie ses respectueuses « et sympathiques condoléances. »

Veuillez agréer, Monsieur et cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Pour le Bureau du Syndicat,

Le Secrétaire,
Dr Gilbert.

Association des médecins du Calvados.

L'Association des médecins du Calvados, dans sa réunion générale annuelle du 10 octobre dernier, vient de voter, sur la proposition du Dr Marais, de Honfleur, une somme de 100 fr. pour venir en aide à notre confrère le Dr Laporte.

Plus que jamais, ces actes de solidarité confraternelle s'imposent, et nous sommes heureux de constater que l'exemple de l'Association de l'Oise a déjà été suivi.

FORMULAIRE

Potion calmante antigastralgique.

Bromure de sodium...........	1	gr.
Sirop de chloral...............	25	gr.
Eau de laurier cerise.........	2	gr.
Eau chloroformée saturée......	50	gr.

Une cuillerée à café toutes les demi-heures.

CORRESPONDANCE

Un de nos lecteurs nous écrit :

Monsieur le Directeur du *Concours médical*,

Permettez-moi de vous adresser le passage ci-joint du journal l'*Eclair* d'aujourd'hui, qui contient, à propos du cas du malheureux Dr Laporte, une stupéfiante réclame du trop célèbre institut Drouet ?

Les instituts médicaux

Le triste événement du boulevard de Charonne a ému, fort légitimement du reste, le monde médical et les pouvoirs publics, et dès vendredi dernier, nous donnions à nos lecteurs des détails circonstanciés sur cette malheureuse affaire. Fidèle à ses principes d'impartialité et d'indépendance, l'*Eclair* a aussi fait connaître l'opinion de plusieurs célébrités, et, à cette occasion, il a été parlé d'officines louches, de cabinets de consultation, de cliniques, etc. *Il est à peine besoin de rappeler que la France compte heureusement de nombreux établissements médicaux, dont la réputation ancienne est établie ; il ne peut donc venir à la pensée de personne que tel ou tel institut — qu'il se nomme Institut Pasteur ou Institut Drouet, par exemple — ne soit pas hors de toute atteinte pour la raison bien simple qu'il est hors de tout soupçon.*

Ne croyez-vous pas qu'il serait à propos qu'un groupe de médecins autorisés envoyât aux journaux une protestation indignée contre cette odieuse assimilation de l'Institut Pasteur, que nous avons tous appris à respecter, à cette bande qui se couvre du nom de feu le Dr Drouet ?

N'est-ce pas l'occasion de dire au public ce que les médecins honnêtes pensent de ces affreux industriels ?

Je souhaite vivement que cela soit aussi votre avis et vous prie d'agréer.

X., externe des hôpitaux.

REPORTAGE MÉDICAL

L'hygiène à l'Exposition de Bruxelles. — Parmi les lauréats de la section d'Hygiène à l'Exposition internationale de Bruxelles, nous relevons avec plaisir le nom du Docteur Raffegeau qui reçoit une médaille d'argent pour son *Etablissement hydrothérapique* au Vésinet.

Tous ceux du reste qui ont visité, comme nous, la Villa des Pages, en ont rapporté la meilleure impression. La propriété est vaste et belle et on y trouve réunies toutes les ressources modernes de l'hydrothérapie et de l'électrothérapie.

Le procès Laporte. — C'est le 19 octobre que sera jugé notre malheureux confrère, après plaidoirie de Me Henri Robert, dont la réputation est connue de tous. Le corps médical qui fut unanime à s'étonner de la poursuite et des rigueurs de la prévention, reste convaincu de l'innocence et attend, avec une impatience fébrile, un verdict d'acquittement pur et simple, qui peut seul nous rendre aussi la liberté et la sécurité professionnelles.

Le service médical de nuit à Paris. — La Commission de l'assistance du Conseil municipal de Paris continue d'élaborer des projets de réforme, mais n'arrive pas à en trouver un bon. Cela s'explique, comme toujours, par l'arrière-pensée de n'y pas mettre le prix voulu ; et on espère ne pas manquer de pauvres médecins qui, pour 20 francs, encourront de gaieté de cœur, le sort de M. Laporte. Si vous disiez à ces chers édiles que vous trouvez naturel de dépenser 1000 fr. par nuit (365.000 francs par an) pour assurer des soins à une population de 2 millions d'âmes, ils seraient stupéfaits et demanderaient si on veut les empêcher de subventionner les grévistes.

L'origine des bruits du cœur — Un physiologiste anglais, sir Richard Quain, ne pouvant rattacher les bruits du cœur ni au jeu des valvules (ils existent chez les animaux presque dépourvus de ces valvules), ni à la contraction musculaire des parois de l'organe, vient de leur attribuer cette cause : le choc entre le sang des ventricules chassé par la contraction et la colonne sanguine qui a pour base les valvules semi-lunaires. Il appuie d'ailleurs son hypothèse d'explications et d'expériences que les physiologistes ne manqueront pas de contrôler.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4201. — M. le docteur Coup, de Rennes (Ille-et-Vilaine), présenté par M. le docteur Bouyer, de Paris.

N° 4202. — M. le docteur Laroche, de Jarnac (Charente), membre du Syndicat des médecins de Cognac.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 43 23 Octobre 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Encore un prétendu scandale médical.

C'est à jet continu, maintenant, que la Presse, dans sa hâte fébrile d'informations, tire sur le Corps médical. Puis, comme pour ce malheureux docteur *Laporte*, elle se ravise et plaide non coupable. Le journal qui n'a pas révélé au moins un scandale dans son mois, se trouve distancé. La course au clocher est ardente, et, cette semaine encore, nouvelle dénonciation. Cette fois, c'est à un agrégé d'histoire naturelle, M. Heim, attaché au laboratoire de feu le professeur Baillon, qu'on crie à haute voix : Vous avez volé. Oui tout simplement. Et cela ne suffit pas ; on accuse sans preuves, et on veut que, sans délai, le Doyen de la faculté prononce la révocation. Nous connaissons au moins deux journaux qui, en toutes lettres, ont sommé M. Brouardel d'exécuter le nouveau médecin accusé ; de l'exécuter avant de l'entendre.

A la première lecture de cette étrange nouvelle, nous avons rendu visite à M. Heim ; on a publié son nom et nous nous sommes mis à sa disposition.

Nous savons bien ce que nous ferions à sa place, et la circonstance est favorable. On lui dit : Vous avez volé une des statues de la cour de l'École de médecine. Nous passerions d'abord en Belgique, pour être assurés de ne pas aller à *Mazas*. Une fois en sûreté contre les mandats de M. Bertulus, nous intenterions aux journaux qui nous auraient mis en cause, une action judiciaire et nous verrions quel serait, cette fois, le rôle de la justice.

Car, enfin, la patience des médecins a des bornes, et ce ne doit pas être parce qu'on a un diplôme, qu'on n'est plus un citoyen, et qu'on se trouve à la merci de la presse et des juges d'instruction.

Nous avons obtenu la grâce du Dr *Lafitte*, nous avons coopéré de tout notre pouvoir à la justification du Dr Laporte. Nous prions M. Heim de ne point dédaigner les odieuses accusations qu'on a osé porter contre lui, et d'en demander une prompte et éclatante réparation.

Au moment de mettre sous presse, nous ne savons encore si l'acquittement de M. Laporte est prononcé. Nous l'espérons fermement, après l'éloquente défense de Maître Henri Robert et l'intervention énergique de M. le Professeur Pinard ; mais, fût-il condamné par les juges, l'opinion publique, l'opinion médicale unanime s'est prononcée pour le proclamer tout simplement une *victime de l'accomplissement de son devoir* ; s'il était condamné, le Conseil de Direction est fermement résolu à participer de tout son pouvoir, et par tous les moyens dont il dispose, au redressement d'un arrêt qu'aucun médecin ne pourrait accepter.

LA SEMAINE MÉDICALE

Un moyen d'obvier à un petit inconvénient de la chloroformisation.

Le chloroforme irrite fortement la peau. C'est pour éviter son action rubéfiante et même caustique sur les peaux délicates, qu'on enduit de vaseline ou d'huile, avant de commencer à verser le chloroforme sur la compresse, le nez, les lèvres et le menton des personnes que l'on veut endormir. Cette pratique est conseillée par les principaux auteurs, qui ont écrit sur la technique de l'anesthésie.

M. le Dr F. *Prieur*, de Besançon, déclare l'avoir suivie lui-même, lors de nombreuses anesthésies qu'il a eu à pratiquer au cours de ces dernières années. Il employait le plus souvent la vaseline, quelquefois l'huile (à la campagne), mais il avait beau dispenser ces substances

d'une main généreuse, à leur réveil, les malades se plaignaient généralement de sensations de cuisson assez vives.

La *glycérine* de qualité ordinaire, bien neutre, qu'il a substituée depuis quelque temps, à la vaseline et à l'huile, lui paraît mettre plus sûrement à l'abri de ce léger inconvénient. Oignez-en largement le nez, le menton, les lèvres du patient ; ne craignez pas d'en enduire le plus profondément possible l'orifice des narines, l'impression désagréable (et parfois dangereuse par le réflexe qu'elle entraîne) des premières inspirations de vapeurs chloroformiques en est atténuée. Et enfin, il y a peu ou pas de cuisson au réveil.

Ceci tient tout simplement à ce que la glycérine et le chloroforme ne sont pas miscibles l'un à l'autre ou ne le sont que très peu. Tandis que la vaseline et l'huile sont parfaitement solubles dans le chloroforme, comme il est bien facile de s'en assurer.

Rôle pathogénique des poussières.

A l'une des avant-dernières séances de l'Académie de Médecine, M. le Dr *Kelsch* a lu, en son nom et au nom de M. *Simonnin*, une étude, dont les conclusions sont fort intéressantes.

Le sol de nos habitations recèle des causes d'infection aussi puissantes que l'eau de boisson. En réalité, en dehors de la fièvre typhoïde et du choléra, qui se transmettent si souvent par ce dernier véhicule, la plupart des autres maladies communes, telles que les fièvres éruptives, la diphtérie, la pneumonie et surtout la tuberculose naissent, presque toujours, de germes conservés dans les poussières, quand elles ne reconnaissent pas pour origine la contagion directe.

Cette proposition est surtout applicable aux habitations des collectivités, aux établissements d'instruction publique, aux ateliers des grandes villes, aux hôpitaux, aux casernes. Le danger d'explosion des maladies infectieuses est permanent dans ces milieux ; ce n'est pas une exagération d'avancer, qu'on s'y meut sur un vaste champ de culture microbienne, qui s'ensemence incessamment de tous les germes qu'y dépose le mouvement des masses, et que ce foyer de pullulation d'infiniment petits, qu'on appelle l'entrevous, est toujours prêt à rendre au centuple ce qu'il a reçu des groupes qui se pressent à sa surface. M. Kelsch estime que nombre de maladies infectieuses, qui se développent dans les casernes, sans y avoir été importées toutes faites par la contagion, naissent des poussières où sommeillent des germes déposés par des épidémies antérieures ou par les chaussures qui portent avec elles les traces de leur contact avec les souillures des écuries et des latrines.

Cette notion est devenue banale en épidémiologie militaire. Partout la sollicitude vigilante du commandement, éclairée par la science et incitée par les tendances progressistes du médecin de l'armée, poursuit parallèlement le double problème de la pureté des eaux de consommation et de l'asepsie des surfaces sur lesquelles vivent les groupes. En même temps qu'elle réduisait à son minimum le danger des maladies d'origine hydrique, en soumettant à des procédés d'épuration artificiels, les eaux de provenance impure ou suspecte, elle s'efforçait de supprimer, par les moyens les plus rationnels, les souillures de l'atmosphère non moins dangereuses, que celles de l'eau de consommation.

Les préoccupations du service de santé à l'égard des surfaces habitées, se sont traduites par des mesures multiples, qui, sans doute, n'ont pas atteint la perfection, mais qui dépassent du moins ce qui a été tenté ailleurs, dans cet ordre de choses : réfection des planchers que leur vétusté et leur longue imprégnation microbienne rendent plus particulièrement dangereux, remplacement de ceux-ci sur de nombreux points par des systèmes spéciaux qui en facilitent le traitement aseptique, suppression ou du moins, désinfection fréquente et radicale des entrevous, enfin imperméabilisation des planchers par des substances qui sont à la fois oblitérantes et désinfectantes par rapport aux souillures qu'ils reçoivent : tels sont les actes par lesquels l'hygiène militaire lutte avec une inébranlable conviction, et non sans de réels succès, contre les causes morbigènes qui naissent, pour ainsi dire, sous les pas des habitants de nos casernes.

L'imperméabilité des planchers, réalisée dans un grand nombre d'habitations militaires, compte déjà plusieurs années d'application, et on pourrait apporter maintes preuves de la préservation qu'elle confère à l'égard des chances d'infection dans les chambrées.

Pratiquement, elle a traversé des périodes d'hésitation, de tâtonnement, d'étude, pour aboutir, en définitive, au procédé de la coaltarisation, d'un usage aujourd'hui très répandu. C'est de tous, celui qui concilie le mieux les exigences de l'hygiène avec celle de la stricte économie. Le tout est qu'elle soit exécutée par des mains expérimentées.

M. Laveran dit qu'il faudrait un remède plus radical ; il est indispensable de supprimer le plancher dans les casernes ou d'adopter un enduit imperméable qu'il soit facile de laver et de désinfecter.

Traitement de la lèpre par la sérothérapie.

A la conférence de Berlin, pour l'étude de la lèpre, le Dr Olaya Laverde (de Colombie) a fait connaître ses travaux sur la sérothérapie de la lèpre. Il a entrepris ces recherches, après avoir eu connaissance de la première communication du Dr Carrasquilla. Le procédé employé par lui est différent de celui du médecin de Bogota, en ce sens qu'il prépare ses animaux, en leur injectant, sous la peau, du suc de lépromes fraîchement extirpés à des malades en pleine efflorescence de la maladie. Ces animaux éprouvent toujours une assez forte réaction générale, qui disparaît complètement au bout de cinq à six jours. Le sang de ces animaux, saignés lorsqu'ils sont revenus en pleine santé, est recueilli aseptiquement et injecté suivant les règles ordinaires ; les accidents opératoires sont exceptionnels et de peu de gravité.

Les malades éprouvent, à la première injection, une réaction fébrile assez forte avec malaise, douleurs dans les reins et dans le ventre ; quelquefois on observe de la diarrhée : cette réaction commence six heures après l'injection et se termine au bout de douze heures à trois et six jours, suivant les cas, par une transpiration abondante, un sentiment de bien-être et le retour de l'appétit.

Les résultats thérapeutiques sont très mani-

festes et portent sur tous les symptômes à la fois. *Système nerveux* : disparition de l'anesthésie, des douleurs erratiques ou articulaires et des parésies. — *Muqueuses* : rétablissement de la respiration nasale, disparition de l'ozène et de l'anosmie, guérison des blépharites, des ulcères de la conjonctive et de la cornée. — *Peau* : rétablissement de la sécrétion sudorale, réapparition des poils, de la barbe, des sourcils, guérison rapide des ulcères étendus, disparition des lépromes par résorption.

État général. — Changement favorable de l'habitus, retour des forces, de l'appétit, du sommeil.

Bactériologie. — Disparition des bacilles dans les parties de la peau précédemment infiltrées de lépromes, où on les constate d'habitude avec facilité.

Durée du traitement : trois mois à un an et plus.

Résultats. — Jusqu'à présent les améliorations ont été constantes sur 60 cas. Six malades peuvent être considérés comme guéris. Leur guérison se maintient depuis un an. L'avenir seul fera connaître si les guérisons sont définitives, et si la majorité des malades peut arriver à la guérison complète ou à une amélioration relative. Ces résultats permettent d'employer concurremment avec la sérothérapie les procédés thérapeutiques ordinaires, tels que les cautérisations ignées, l'hygiène alimentaire et générale, et les médications toniques. Nous devons faire une mention spéciale aux lavages du sang, pratiqués en injectant des doses massives de sérum normal dans le tissu cellulaire, ou du sérum artificiel dans une veine ; ces procédés semblent un adjuvant très précieux de la sérothérapie.

Prophylaxie. — L'auteur croit que, vu les résultats de ce traitement, les lépreux doivent être considérés comme des malades ; il n'est pas partisan de la déportation en masse de tous les sujets contaminés. L'isolement pour un temps déterminé, dans un hôpital spécial organisé pour la cure de la lèpre, lui paraît suffisant.

Caractères radiographiques comparés de la goutte, du rhumatisme chronique et de la tuberculose.

La radiographie permet de déceler certains caractères différentiels très nets, d'après M. le Dr *Destot* (*Lyon médical*) :

1° Dans la goutte : les tophus forment des taches blanches en raison de la transparence de l'urate de soude.

2° Dans la polyarthrite déformante chronique (rhumatisme déformant), l'élargissement des trabécules osseuses coïncidant avec un boursouflement des têtes osseuses et la disparition rapide du cartilage, constituent des caractères bien spéciaux, qui séparent cette affection des déformations articulaires succédant à toute arthrite chronique.

3° Les nodosités d'Heberden se rapprochent du morbus coxæ et se caractérisent par des productions osseuses vraies et non par des agglomérats tophacés.

4° Enfin, on peut considérer une forme particulière de tuberculose sèche (Prof. Poncet), qui doit être nettement séparée du rhumatisme déformant qu'elle simule. Cette affection est caractérisée, au point de vue radiographique, par de l'infiltration, blanchâtre par places, des têtes osseuses ; le cartilage, reposant sur un plan assez résistant, s'effondre en même temps que les os s'atrophient et s'effritent sous l'infiltration tuberculeuse.

Intoxication par la digitale et la caféine.

Le *Bulletin médical* publie une clinique de M. le Professeur *Jaccoud*, dans laquelle l'éminent clinicien déclare être resté fidèle à l'infusion de digitale dans les maladies du cœur ; il ne prescrit qu'exceptionnellement la digitaline et, en ce cas, il donne la préférence à la digitaline cristallisée.

La dose de poudre de digitale à prendre varie de 20 centigrammes à 1 gramme en vingt-quatre heures, jamais plus ; encore ne donne-t-il la dose maxima qu'un seul jour et la diminue les jours suivants, selon les effets produits. Jamais, il ne continue plus de cinq jours de suite. Il laisse reposer le malade trois jours pleins et y revient ensuite, s'il est nécessaire. Avant d'administrer la digitale, il soumet pendant vingt-quatre heures le malade au régime lacté absolu.

M. Jaccoud appelle l'attention des médecins sur l'intoxication par la digitale et énumère les symptômes qui la révèlent d'habitude. Les premiers symptômes d'intolérance, ne sont pas toujours les nausées et les vomissements, mais bien des modifications du côté du pouls et de l'excrétion urinaire. Ainsi le pouls, qui était lent et fort, devient fréquent et faible ; il y a d'abord diurèse abondante, puis le lendemain, la quantité d'urine revient au taux primitif. Dans d'autres cas, l'intoxication se traduit, au début, par de l'excitation cérébrale, de l'insomnie, et des phénomènes nerveux d'ordres divers.

Dès la constatation de ces signes d'intolérance, supprimez la digitale, et, si son indication persiste, remplacez-la par la caféine à la dose de 1 gramme. Ce médicament a bien ses inconvénients, mais ils ne sont pas les mêmes que ceux de la digitale.

Il y a trois manières de donner la caféine, dont la dose varie de 25 centigrammes à 1 gr.20 en cachet ou en julep. Quand on la donne sous cette dernière forme, il faut pour en favoriser la solution, l'associer à une quantité égale de benzoate de soude. Enfin, en cas d'intolérance gastrique, on peut l'administrer sous forme d'injections sous-cutanées et injecter une seringue de Pravaz de la solution suivante : 4 grammes de caféine et de benzoate de soude, et 10 centimètres cubes d'eau. Chaque seringue de Pravaz contient 40 centigrammes de caféine.

Notons en passant qu'on ne peut prolonger longtemps l'usage de la caféine, dont l'excès produit de l'insomnie, de l'agitation et quelquefois du délire.

CHIRURGIE PRATIQUE

La trousse chirurgicale et obstétricale du médecin.

La question de l'outillage chirurgico-obstétrical du médecin vient d'acquérir un regain d'actualité par la malheureuse affaire du docteur Laporte et nous demandons à nos lecteurs la permission de saisir l'occasion de traiter ici ce sujet, si plein d'intérêt pratique. Certes, il ne serait peut-être pas malaisé de se procurer tout

l'arsenal chirurgical employé de nos jours, afin d'être sûr de ne manquer d'aucun instrument. Toutefois, ce serait peut-être un peu coûteux et bien embarrassant à loger pour beaucoup de praticiens ; nous ajouterons même que ce serait parfaitement inutile, certains instruments pouvant servir à plusieurs fins et se suppléer avantageusement les uns les autres.

Pour plus de clarté, nous examinerons d'abord quels sont les instruments de première urgence que tout médecin devrait toujours porter sur lui, en quelque lieu qu'il aille, en visites ou en promenade, auprès des malades ou au théâtre, etc.

Viendront ensuite les instruments de deuxième urgence, qui ne peuvent être transportés sans indications spéciales à cause de leur volume ou de la possibilité de différer leur emploi pendant quelques heures.

Nous ne ferons pas de distinction entre la trousse médicale et la trousse chirurgicale, estimant que tout praticien, surtout à la campagne, doit être à même de recourir à l'art chirurgical aussi bien qu'à l'art médical, dans les cas d'urgence.

I.

LA TROUSSE D'URGENCE.

Tout médecin doit être à même de secourir efficacement ses semblables et à plus forte raison ses clients au moment même où il se trouve appelé auprès d'eux, dans n'importe quelle circonstance. Il doit donc avoir dans ses vêtements les instruments de première nécessité, qui valent toujours mieux que les défectueux outils empruntés au hasard à une trousse de couturière ou à une boîte d'ouvrier.

Toutefois, on ne pourra jamais lui reprocher de se servir de N'IMPORTE QUEL OUTIL, pourvu que *cet outil ait été convenablement stérilisé* par le flambage ou l'ébullition un peu prolongée, ou un agent chimique antiseptique.

N'a-t-on pas de nombreux exemples, dans l'industrie et dans l'art même, de remarquables travaux faits pour ainsi dire sans outils spéciaux, avec un simple couteau, une pointe quelconque ?

En chirurgie, c'est comme dans l'industrie ; un arsenal complet est parfaitement inutile ; il faut seulement de l'habileté et de l'ingéniosité et le proverbe ne cesse pas d'être vrai, qui dit que : « La fin justifie les moyens. » Donc, il est absolument permis au médecin d'employer, selon son esprit inventif et pratique, les instruments les plus invraisemblables, dans le but de porter secours instantanément à ses semblables, à condition qu'il fasse tout le possible pour les désinfecter, pour tuer les germes qu'ils portent toujours à leur surface. Nous ajouterons même, quoique nous soyons partisan convaincu et apôtre de l'antisepsie, qu'à l'extrême rigueur, en pleine campagne, au milieu d'une catastrophe inopinée, sur un champ de bataille, le médecin aurait non seulement la permission, mais le *devoir d'employer n'importe quel objet, même non désinfecté, du moment où il serait dans l'impossibilité absolue de pratiquer cette désinfection.*

Quand on n'a qu'un mouchoir ou un lambeau de chemise sale pour tamponner une hémorrhagie, on ne peut cependant pas attendre qu'on ait pu faire bouillir de l'eau ou qu'on ait trouvé de l'eau phéniquée pour stériliser ce linge !

De même, si l'on n'a qu'un canif sur soi et pas d'alcool, ni d'eau bouillante pour le stériliser, on ne différera pas pour cela la trachéotomie chez un malade qui asphyxie par obstacle laryngé ! Quel est le médecin qu'on excuserait de laisser mourir un blessé parce qu'il n'a pas eu le temps de se laver les mains à l'eau sublimée pour toucher la plaie, ou parce qu'il n'avait rien sous la main pour désinfecter ses instruments ? Il faut toujours tâcher, dans les cas d'urgence, de faire *vite et bien*, c'est-à-dire vite et antiseptiquement, mais le plus important est encore de faire *vite*, si la mort est imminente ; on est obligé alors de se contenter d'un assez bien ; car, en définitive, l'antisepsie n'est pas toujours la condition *sine quâ non* de la guérison dans tous les cas. Velpeau, Chassaignac, Dupuytren, Lisfranc ont bien guéri quelques patients sans l'eau bouillie ou l'eau phéniquée. Les tendances de certains qui voudraient faire passer pour des criminels et presque des assassins, les médecins qui n'emploient pas l'asepsie ou l'antisepsie, dans certaines circonstances où il leur est impossible de le faire, ces tendances, dis-je, sont donc abusives, injustes et même, ineptes. « La critique est aisée et l'art est difficile. » Il faut être aux prises avec les difficultés, pour pouvoir apprécier la valeur de l'effort.

Comme conclusion, nous dirons donc que la règle moderne de la médecine et de la chirurgie doit être d'employer des instruments appropriés à l'intervention et d'observer strictement les précautions aseptiques et antiseptiques ; mais à cette règle, il peut y avoir des exceptions, apportées par les circonstances, et ces exceptions peuvent aller jusqu'à la nécessité d'employer n'importe quel instrument, et de négliger les précautions antiseptiques.

Ceci posé, voyons quels instruments, le médecin doit, de toute urgence, posséder dans sa poche, en quelque lieu qu'il aille :

En tête, nous placerons : LA PINCE A FORCI-PRESSURE, qui peut servir à pincer un vaisseau lors d'une hémorrhagie, ou à extraire certains corps étrangers superficiellement situés.

Elle peut servir à pratiquer les tractions rhythmées de la langue, pour ranimer les asphyxiés, mais elle n'est pas indispensable pour cette opération : les doigts recouverts d'un mouchoir suffisent amplement.

En second lieu, *une* ou *plusieurs aiguilles à suture*, de préférence, l'*aiguille à chas mobile* (Reverdin, Lamblin, ou autre) et un petit paquet de *soie de moyenne grosseur stérilisée*, soigneusement enveloppée, pour les sutures de plaies accidentelles.

En 3e lieu un *bistouri droit ordinaire*, une *lancette à saignée* et *des ciseaux, bien affilés*.

Une *sonde uréthrale* en métal ou en gomme est également un instrument de première urgence contre la rétention d'urine.

Enfin, la *seringue de Pravaz* ou la *seringue de Strauss*, accompagnée d'une petite boîte contenant des ampoules de verres scellées à la lampe et munies de solutions de morphine, de caféine, d'ergotine, d'éther sulfurique, sont des instruments de première urgence qui ne peuvent guère être suppléés, malgré l'ingéniosité du médecin, en pleine campagne ou bien en pleine nuit, et qui peuvent rendre d'inappréciables services par la promptitude de leur application.

La *sonde cannelée*, *le stylet aiguillé* et *le rasoir* sont souvent d'une grande utilité pour extraire certains corps étrangers, explorer certaines plaies, et nettoyer des régions pileuses traumatisées avant de procéder au premier pansement. On ne saurait les séparer des autres instruments d'urgence.

Il serait bon de posséder aussi toujours sur soi, un *dilatateur trachéal* de Trousseau et *une canule* n° 1 en argent pour pratiquer d'urgence la trachéotomie aux malheureux, qu'un obstacle subit du larynx, fait asphyxier. Il est vrai qu'on pourrait, à l'exemple de Trousseau, trachéotomiser avec un canif, écarter avec une pince quelconque, et faire une canule avec une balle de plomb aplatie, puis roulée, ou une simple carte à jouer roulée en tube ; mais il vaut mieux avoir une canule et un dilatateur, l'opération est délicate, même avec l'outillage spécial.

Tel est l'arsenal simplifié que tout praticien doit avoir constamment sur lui ; il ferait bien certes d'avoir conjointement un ou deux petits *paquets de* 1 *gramme de sublimé* et 4 gr. d'acide tartrique, ou un petit tube scellé contenant une solution mère d'un antiseptique puissant comme le sublimé ou l'acide phénique, mais, nous avons déjà dit que, lorsqu'elle est possible, la simple ébullition suffit pour stériliser les instruments et l'eau destinée au lavage des plaies. Nous conseillerions aussi l'adjonction à ce petit matériel portatif d'un ou deux tubes scellés renfermant de *l'ammoniaque liquide*, pour faire respirer aux personnes en syncope et cautériser les plaies venimeuses.

Une précaution indispensable à observer est la propreté méticuleuse de chaque instrument et de l'enveloppe dans laquelle ils doivent être contenus. Les belles trousses de velours et de satin ne sont plus de mise aujourd'hui ; la meilleure enveloppe est la gaze au salol ou la gaze phéniquée, dont on entoure chaque instrument, et que l'on place dans une boîte métallique nickelée, plate. Les petits tubes ou ampoules hypodermiques, scellées à la lampe, sont placés dans une trousse peu volumineuse, qui équivaut à un porte-monnaie. Elles sont d'une utilité pratique incontestable.

II

LES INSTRUMENTS INDISPENSABLES A UN PRATICIEN POUR LES INTERVENTIONS URGENTES.

A côté de la trousse portative, qui ne doit pas quitter le médecin, viennent se grouper les divers instruments, qui doivent toujours être chez lui, en permanence, dans un meuble facile à ouvrir, à la portée du domestique de confiance, rangés dans des boîtes métalliques nickelées, et entortillés dans la gaze antiseptique phéniquée ou salolée.

En première ligne, plaçons la trousse d'accouchements : *un forceps* (Pajot, Stoltz, Lingrand, Tarnier, etc.), au choix, celui de Tarnier nous paraît au-dessus de toute critique, sauf son prix élevé ; une *bonne paire de ciseaux*, une *sonde à injections intra-utérines*, du modèle que l'on voudra (Budin, Pinard, Doléris, etc.), un *ballon de Champetier de Ribes* et *sa pince introductrice*, une *sonde uréthrale* pour femme, un *basiotribe* de Tarnier, un *bistouri droit*, un *bistouri court à résection* pour pratiquer la symphyséotomie, plusieurs *pinces à forci-pressure*, *deux écarteurs*, une *petite scie courte* et un *mensurateur levier préhenseur* de Farabeuf.

Voilà la composition complète de la trousse pour accouchements d'après les données modernes.

Certains de ces instruments peuvent être plus ou moins suppléés par d'autres non spéciaux : ainsi la céphalotripsie peut se pratiquer avec les *ciseaux de Smellie*, le *perce-crâne de Blot*, les *ciseaux de Naegelé*, le *transforateur d'Eug. Hubert*, et les *céphalotribes de Bailly*, *de Depaul*, *de Chailly*, *le crânioclaste de Simpson* ou un bon forceps solide ; il est même parfaitement permis, en cas d'absence de ces instruments, de perforer le crâne du fœtus avec n'importe quel instrument long et pointu et de briser ensuite les os avec n'importe quel forceps, n'importe quel outil long et fort comme des tenailles, un long ciseau à froid, une forte tige de fer et un marteau.

Assurément, il faut une habileté beaucoup plus grande pour oser se servir de ces simples outils, que pour employer le basiotribe merveilleux de Tarnier.

Dans la trousse de l'accoucheur, nous avons omis à dessein le tube insufflateur pharyngien, les serres-fines, etc., que nous considérons comme inutiles aujourd'hui, les tractions rhythmées de la langue étant toujours suffisantes pour rappeler un nouveau-né à la vie. Mais nous recommandons avec insistance de ne pas oublier d'ajouter aux instruments d'accouchement *une bonne et forte aiguille bien courbe* (aiguille de Reverdin par exemple), et des crins de Florence bien imprégnés d'eau phéniquée ou de sublimé, pour faire les sutures immédiates du périnée, lorsqu'il est déchiré, même incomplètement.

Il est de la dernière maladresse de se fier aux serres-fines pour opérer cette réunion.

En ce qui concerne les instruments de gynécologie, tout médecin doit posséder un ou deux *spéculums* (Ricord, Fergusson, Cusco, etc.), une *longue pince à spéculum*, *une curette tranchante*, *une pince de Museux*, *une boîte de laminaire* ou d'éponges préparées, *et un porte-ouate* (Playfair ou autre).

La trousse chirurgicale pure doit être composée en vue des opérations d'urgence, telles que les ponctions, la thoracentèse, les injections de sérum, la kélotomie, l'œsophagotomie, l'extraction des corps étrangers (balles, etc.), les amputations.

Les instruments strictement indispensables seront : *un trocart*, *un aspirateur Potain ou Dieulafoy* avec un gros et un petit trocart, une grosse et une petite aiguille creuses, un *thermo-cautère* système Paquelin, une grosse *seringue de Roux*, pour les injections de sérum, *un bistouri droit*, *un bistouri boutonné*, *un bistouri de Cooper*, *une sonde cannelée*, *des pinces hémostatiques*, *deux écarteurs*, *une aiguille courbe à sutures*, *des catguts et des crins de Florence* préparés ou *de la soie antiseptique*, *une sonde œsophagienne*, *un tire-fond*, *un vilbrequin*, *une ou deux couronnes de trépan* (pour les fractures du crâne), *une pince de Liston*, un *davier de Farabeuf*, une *scie à amputations*, un *grand et un moyen couteaux*, un *ciseau* et *une gouge*, un *marteau* et *une bande d'Esmarck*.

Tels sont les instruments indispensables à tout praticien de la campagne et des petites villes,

où l'on n'a pas la ressource d'envoyer quérir le chirurgien, comme à Paris et dans les grandes villes. Nous ajouterons quelques appareils accessoires, absolument nécessaires aussi : une petite *boîte électrique à courants faradiques*, un *ophthalmoscope, une collection de sondes et bougies uréthrales, une clef de Garanjot, un ou deux daviers, un crayon porte-nitrate, un amygdalotome, un abaisse-langue ouvre-bouche, une lancette à vaccin* ou une collection de *vaccinostyles*, un bon *thermomètre médical* à maxima, *un stéthoscope* (modèle au choix), un *spéculum nasi* et un *spéculum à oreilles*.

Voilà l'énumération à peu près complète de tout l'arsenal du praticien, dégagé de tous les instruments inutiles, qui encombrent trop souvent les vitrines, au détriment d'autres plus nécessaires.

Nous terminerons en faisant deux recommandations très pratiques: la première, c'est de faire nickeler tous ses instruments ; il n'y a pas de meilleur moyen de les conserver en bon état, à l'abri de la rouille et des liquides chimiques ; la deuxième est de procéder mensuellement à une revision de tous ces instruments et de les envelopper toujours dans un fragment de gaze au salol ou de gaze phéniquée avant de les enfermer dans leurs boîtes.

Quant aux instruments de spécialistes, nous les avons omis à dessein, estimant que dans les cas où il est nécessaire de les employer, il est encore plus nécessaire d'être soi-même spécialiste et que, de plus, on a toujours le temps de recourir à l'intervention d'un confrère plus compétent en la spécialité.

Dr Paul HUGUENIN.

FAITS CLINIQUES

Sur deux cas de dystocie chez des multipares.

J'ai tenu à signaler les deux cas suivants de dystocie, à cause des incidents qui se sont produits au cours de l'accouchement, incidents qui montrent bien, dans quel embarras peut se trouver le praticien que les circonstances obligent à ne compter que sur les ressources de son initiative.

* * *

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de trente-sept ans, Mme V...., secondipare, atteinte d'un fibrome de l'utérus, de la grosseur des deux poings environ.

La grossesse évolua normalement et n'eût été le volume insolite de l'abdomen, que j'attribuai en partie à la présence de la tumeur, tout pouvait faire espérer une issue favorable.

Je fus appelé auprès de la parturiente le 4 juin 1896, à deux heures de l'après-midi ; je ne l'avais pas vue depuis huit jours, et j'arrivai au moment où le travail était déjà commencé.

La présentation en O. I. G. A, la dilatation qui se faisait normalement et les douleurs qui se succédaient avec une régularité et une intensité de bon augure, me firent dire à l'entourage que tout serait terminé avant la nuit. J'annonçai, du reste que l'enfant devait être mort, parce que la mère n'avait perçu aucun mouvement depuis quatre jours et qu'il était impossible d'entendre les bruits du cœur du fœtus.

Enfin, vers les sept heures, la tête parut à la vulve, à sept heures et demie elle était complètement sortie ; malgré les efforts de la patiente, malgré les douleurs continues, malgré les tractions violentes que je pratiquai, tout restait en place.

La tête de l'enfant étant macérée et, par conséquent, tout espoir de sauver cet enfant étant perdu, j'attendis encore une heure, pendant laquelle je recommençai les tractions en faisant tenir la malade sous les bras ; j'arrivai au seul résultat d'entraîner à la fois l'aide et la patiente, cette dernière, d'un courage exceptionnel, ne proférant aucune plainte.

Voyant que décidément je n'obtiendrais rien de cette façon, j'introduisis l'index et le médius jusque dans l'aisselle du fœtus, et tirai. C'est le bras qui sortit et qu'il me fut impossible de rentrer pour refouler l'épaule antérieure et tâcher de ramener en avant l'épaule postérieure.

Je désarticulai alors l'épaule, et ayant diminué de la sorte le diamètre bisacromial, une légère traction amena au dehors le corps du fœtus tout entier.

Dix jours après, la malade marchait ; elle reprenait ses occupations le quinzième jour.

La principale cause des difficultés de cet accouchement était le volume anormal de l'enfant, qui pesait 15 livres et demi, un des plus gros qu'on ait rencontré jusqu'ici.

Un fait intéressant à noter est la minute d'angoisse par laquelle je passai au moment où je déposai le fœtus sur la table placée à côté de moi. Ce fœtus était macéré, par conséquent mort depuis plusieurs jours. Malgré cela, la phrase de Pajot, représentant cette main tendue pour réclamer une pension alimentaire, me traversa l'esprit comme un éclair et il me semblait entendre les vagissements du pauvre petit manchot... C'était un rêve, dont je ne tardai pas à sortir pour achever la délivrance de ma malade.

* * *

Le deuxième cas, auquel des événements récents donnent un regain d'actualité, fut observé par moi au mois de juillet de l'année dernière.

On me faisait appeler à onze heures du soir, le 11 juillet, pour accoucher une femme de 42 ans, Mme Vander... qui, me dit-on, était en travail depuis quarante-huit heures.

Je voyais la malade pour la première fois. Je pratiquai le toucher. La tête n'était pas encore engagée et le diamètre promonto-sous-pubien mesurait à peine 7 centimètres.

Quelques lieues me séparaient de l'hôpital le plus rapproché et, du reste, il ne fallait pas songer à transporter la malade dont l'état semi-syncopal, occasionné par la durée du travail et par des hémorragies successives, me faisait craindre, d'un instant à l'autre, une issue fatale.

Je fis, au détroit supérieur, une application de forceps (de Tarnier) et par trois reprises différentes les cuillers de l'instrument dérapèrent sans avoir fait avancer la tête en aucune façon.

J'envoyai quérir à la hâte les deux confrères les plus proches et, une demi-heure après, nous décidions de pratiquer la céphalotripsie.

Inutile de vous dire qu'à nous trois nous n'avions ni basiotribe, ni ciseaux de Smellie, ni craniotôme. J'avais en même temps fait cher-

cher ma boîte à amputations, dans laquelle je pris une pince de Liston et un davier de Farabeuf.

La femme fut placée dans la position obstétricale, anesthésiée au chloroforme et, après avoir flambé mes instruments, je me servis d'une des branches de la pince de Liston désarticulée, comme perforateur, je fis pénétrer mon davier par l'orifice ainsi pratiqué, et j'enlevai tout autour de cet orifice trois ou quatre écailles de la paroi osseuse.

Je vidai alors la cavité cranienne de son contenu en faisant une sorte de curage digital au moyen de l'index et du médius introduits par cette ouverture artificielle.

Une nouvelle application de forceps termina l'accouchement, et, au moment précis où je déposais l'enfant à terre, le pouls et la respiration de la mère s'arrêtèrent subitement, la syncope redoutée venait de se produire.

Sans perdre une minute, sans même replacer sur son lit la femme qui avait glissé et se trouvait à cheval sur ses genoux, l'un de mes confrères, armé d'une pince, se mit à faire des tractions rythmées de la langue, pendant que l'autre pratiquait la respiration artificielle.

C'est seulement une demi-heure après que se produisit le hoquet caractéristique des asphyxiés revenant a la vie, et au bout de quelques instants, la malade était recouchée et respirait normalement.

Toute cette scène s'était passée dans le plus grand silence, et nous ne pûmes nous empêcher, en nous voyant tous les trois couverts de sueur et harasses, nous ne pûmes nous empêcher, dis-je, d'échanger un sourire de satisfaction.

Le mari, un allemand, qui était resté là, impassible, pendant toute la durée de l'opération, ne pensa même pas à nous adresser un mot de remerciement, la chose lui avait semblé toute naturelle.

Quatre jours après, malgré ma défense, la malade s'était levée, et, le neuvième jour, elle vaquait à ses occupations.

Cette femme, originaire des environs de Berlin, en était à sa neuvième grossesse : les huit premiers accouchements avaient eu lieu en Allemagne.

Au premier, on dut faire la céphalotripsie ; les sept suivants nécessitèrent l'application du forceps et le huitième s'était fait spontanément.

Chose curieuse, elle ignorait complètement ce que c'était qu'une injection et s'était, malgré cela, très bien rétablie après chaque couche, malgré l'intervention instrumentale.

Je ne sais pas comment les choses se passeront la prochaine fois ; dans tous les cas, j'ai supplié le mari de ne pas recommencer.....

*
* *

La conclusion à tirer de ces deux observations, c'est que, quel que soit le lieu où l'on se trouve et quelle que soit l'instrumentation, dont on dispose, la règle à observer dans les cas désespérés est d'agir vite en mettant de côté toute espèce de questions de sensiblerie et en faisant sa conscience seule juge des responsabilités encourues.

Dr Paul Archambaud.

(Revue médicale.)

HYGIÈNE PUBLIQUE

De la déclaration des maladies contagieuses et de la désinfection.

Hier encore, une personne, qui m'avait appelé quelques jours auparavant pour une maladie contagieuse, m'arrêtait au passage pour me dire que, si elle avait pensé que je fasse désinfecter chez elle, sûrement elle ne m'aurait pas demandé.

C'est, en effet, ce qui se passe couramment maintenant.

Pour les maladies qu'ils peuvent reconnaitre eux-mêmes, la scarlatine et la variole en particulier, afin d'éviter la désinfection, les malades ou leurs parents n'ont plus recours au médecin à moins que de graves complications ne surviennent ; il est alors souvent trop tard. Pendant l'hiver dernier, j'ai pu connaître 22 cas de variole non traités par crainte de la désinfection et de la revaccination (1).

D'autres personnes acceptent bien la désinfection et la demandent même, mais elles cherchent et trouvent une voisine complaisante chez qui elles portent, pour un moment, tout ce qu'elles craignent de voir détériorer par les désinfecteurs.

Je me suis attaché à rechercher quelles idées pouvaient pousser à échapper à la désinfection. Les uns craignent d'avoir une somme à verser ; les autres pensent qu'ils feront bien eux-mêmes le nécessaire ; ceux-ci redoutent que leurs matelas ou couvertures ne soient brûlés ; ceux-là, des commerçants, ont peur d'éloigner la clientèle.

De sorte que :

Ou bien le médecin n'est pas appelé, et le cas de maladie contagieuse reste ignoré ;

Ou bien le médecin peut faire la déclaration d'une maladie qu'il a reconnue. Mais alors même, cette déclaration reste un leurre, soit que certains objets, et souvent les plus contaminés, soient soustraits à l'étuve, soit qu'un arrangement intervienne entre les désinfecteurs et l'intéressé, une pièce de monnaie se glisse et l'équipe disparaît avec l'étuve.

Voilà le tableau exact de ce qui se passe trop souvent dans la banlieue de Paris.

La faute en est presque tout entière à la façon dont on désinfecte. L'étuve vient à domicile ; on opère sur la voie publique, il s'ensuit un rassemblement, les enfants s'attroupent autour de l'appareil et, outre le danger que présente cette manière de faire, le quartier est ainsi renseigné sur ce qu'il ignorait jusqu'alors.

C'est vraiment par trop primitif et sans gêne, et on comprend qu'il soit désagréable à bien des personnes de descendre dans la rue leurs rideaux, leur linge, leur literie souvent en mauvais état, surtout après une maladie.

Et puis, le mécanicien est pressé, il veut tout désinfecter d'un seul coup, l'étuve est trop bourrée et ce qui touche à ses parois brûle plus ou moins ; ou bien semblable inconvénient se produit, parce qu'il est distrait par une conversation avec un ami qui passe par là, où enfin même parce qu'il est absent, buvant le verre de

(1) A Saint-Ouen, dans le quartier Michelet.

vin que l'on manque rarement de lui offrir ou qu'il s'offre lui-même.

A Paris, où l'on prend à domicile les objets à désinfecter pour les rapporter une fois l'opération faite, il y a beaucoup moins de récriminations et de plaintes. Ce système devrait donc être généralement appliqué.

Aussi capital serait de ne pas laisser au hasard, le moment où la désinfection doit être opérée.

Le médecin doit faire sa déclaration aussitôt son diagnostic établi ; cela se comprend, d'un côté, étant donné surtout qu'il lui est souvent impossible, dans la clientèle pauvre, de suivre la maladie jusqu'à la fin. Mais, d'un autre côté, il ne peut ainsi fixer sur sa déclaration le moment où la désinfection pourra avoir lieu.

Les désinfecteurs sont à ce point de vue les maîtres ; ils vont à leur fantaisie et tantôt désinfectent trop tôt, quand le malade peut réinfecter tout ce que l'on vient d'épurer ; tantôt au contraire, n'opèrent que trop tardivement, arrivant après la contagion qu'ils auraient dû prévenir.

Pour que la désinfection puisse acquérir toute la valeur désirée, pour qu'elle offre des garanties suffisantes de sécurité, son mode d'application demande à être perfectionné et son fonctionnement demande une surveillance active et éclairée. (1)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Encore le cas du Docteur Laporte.

Nous disions ironiquement, le 2 octobre :

« Nous espérons que M. le juge Bertulus n'a incarcéré à Mazas, notre confrère Laporte, que mû par le désir de lui donner un abri et du pain. » Il parait que nous étions dans le vrai.

Ecoutez, ce que notre collègue et ami, le professeur Laborde, fait dire au *Rappel* :

« En ce qui concerne particulièrement le Docteur Laporte, M. Bertulus lui reproche de s'être servi non pas d'un marteau, comme cela a été inexactement rapporté, mais d'une aiguille de matelassier, pour essayer de percer le crâne du fœtus ; il aurait dû, dit-il, employer le *céphalotribe*, instrument de chirurgie inventé à cet effet.

— Mais le céphalotribe est un appareil coûteux et rare. Il n'y a pas un médecin sur cent, qui le possède et l'on se sert du premier instrument aigu et pénétrant qui tombe sous la main pour forer le crâne et le vider, et l'écraser ensuite entre les deux branches du forceps.

Les docteurs de campagne, pour pratiquer cette opération, utilisent la plupart du temps des ciseaux longs et pointus.

L'aiguille, reprend M. Bertulus, a été mal conduite, maladroitement maniée, et, en glissant sur la convexité du crâne, elle est allée perforer la vessie, et cette déchirure a causé la péritonite dont la victime est morte.

— Soit, cela est possible. C'est une maladresse professionnelle, déplorable certainement, mais qui ne peut tomber sous l'application d'aucun article de loi. Il n'y a que ceux qui ne font rien qui ne commettent pas de semblables malheurs, et toute besogne délicate comporte ses risques.

On objecte qu'il aurait pu appeler un confrère, si l'opération lui semblait au-dessus de ses forces.

Qu'en savez-vous ? Connaissez-vous l'état dans lequel se trouvait l'accouchée ? La délivrance était peut-être une question de minutes, où tout retard, soit par une consultation nouvelle, soit par un transport à l'hôpital, peut amener inévitablement un dénouement fatal.

Tel est le plaidoyer d'un médecin, seul avocat possible en l'espèce, détruisant l'accusation du juge instructeur.

Et devant cette défense logique, celui-ci perd du terrain, hésite, change sa tactique, quitte le terrain scientifique, où il se sent mal à l'aise, discute à côté :

« — J'ai gardé le docteur Laporte à ma disposition, reprend-il, parce qu'il m'a paru dans un état de surexcitation tel qu'il se serait peut-être suicidé, le seuil du Dépôt franchi.

— Mais alors, reprend son interlocuteur, il fallait le mettre dans une maison de santé, discrètement, où on l'aurait surveillé. Il ne souffrirait pas comme aujourd'hui du contact et de la promiscuité des escrocs, que cette prison renferme.

— Et puis, ajoute M. Bertulus comme dernier argument, il avait vingt-huit sous pour toute fortune ! Nous ne pouvions vraiment pas le remettre dans la rue avec une somme aussi minime.

Cette réponse du juge d'instruction est vraiment étonnante. Quoi donc ! aurait-on changé nos prisons en asiles d'assistance et de secours ? Nous ne les avions jamais envisagées jusqu'ici à ce point de vue. Et M. le juge d'instruction me semble faire bon marché, en ce cas, du principe de la liberté individuelle.

S'il n'y avait d'ailleurs que ce prétexte pour conserver Laporte sous les verrous, il tombait de lui-même devant la démarche du docteur Vignes, qui lui apportait cent francs au nom de tous ses collègues du XVIIe arrondissement.

Non, ajoute notre honoré collègue du *Rappel*, M. Paul Desachy, la raison de la sévérité du parquet, en cette affaire, est plus grave et M. Bertulus ne l'a pas cachée :

Les médecins d'aujourd'hui, a-t-il dit en substance, *ont une tendance aux opérations que je trouve abusive. Tans pis pour les maladroits. Je suis décidé à agir vigoureusement dans tout cas semblable.*

La déclaration est importante ; je la souligne. Les médecins n'accepteront pas, et ils auront bien raison, l'ingérence de la Justice dans leur besogne professionnelle. S'ils sont frappés par elle, ils préféreront s'abstenir de toute opération d'une issue douteuse, surtout des opérations qui ne devront rien leur rapporter pécuniairement ; et une telle abstention aurait, on le comprend, les conséquences les plus déplorables.

Il est peut-être permis de se demander encore sur quelles études préalables, M. Bertulus entend se baser pour trancher des cas aussi embarrassants. Je sais bien que le secret, dont s'entourent les juges d'instruction, est favorable à leur infaillibilité, mais je ne laisse pas que d'avoir un certain scepticisme à l'égard de leur compétence chirurgicale et il semble tout bonnement monstrueux qu'une prétention pareille puisse se manifester aussi librement. »

Et notre collègue, cherchant ensuite le remède fondamental à la situation professionnelle qui

(1) *Médecine moderne.*

résulte de faits de la nature de celui qui est imputé au docteur Laporte, le trouve et le signale, très judicieusement, dans *l'élévation du niveau des études médicales*.

La responsabilité des médecins vis-à-vis des sociétés d'assurances accidents.

A ceux de nos confrères, qui ne sont pas encore convaincus du métier de dupe que fait le médecin, en accordant des prix réduits aux sociétés d'assurances contre les accidents et qui consentent à toucher 6 fr., pour tout sinistre constaté, soigné et liquidé (c'est la formule consacrée), je dédie cette petite histoire toute récente :

Un ouvrier de féculerie tombe dans un malaxeur et en est retiré aussitôt dans le plus piteux état. Le médecin appelé constate que le malade est couvert de plaies et de contusions ; il est sans connaissance et un examen plus approfondi lui fait découvrir une plaie grave de la tête, des fractures multiples des côtes, une fracture de l'avant-bras et des désordres à la hanche qu'après examen attentif il croit devoir attribuer à une fracture du col du fémur.

Il panse la plaie, applique un bandage de corps, met un appareil au bras et fait de l'extension continue sur la cuisse blessée.

Le malade reste entre la vie et la mort, dans le coma, pendant quinze jours ; mais la plaie a mauvais aspect et sa guérison n'a lieu qu'au bout de soixante jours et après élimination d'une large esquille de la table externe.

Les côtes se consolident, le bras récupère ses mouvements, mais quand le malade veut commencer à se lever, on constate qu'il y a raccourcissement notable de la jambe et impuissance du membre.

Le malade, qui était assuré, demande une indemnité à la Compagnie qui, avant tout, délègue un médecin pour l'examiner et ce médecin constate qu'il est en présence d'une luxation iliaque non réduite de la hanche.

Que pensez-vous qu'il arriva ?

Les blessures avaient été graves, et avaient rendu l'examen presqu'impossible ; il y avait eu erreur de diagnostic, mais nous savons tous combien il est, quelquefois, difficile, quand le médecin a toutes ses aises, de faire le diagnostic différentiel d'une luxation et d'une fracture du col. Nous avons vu souvent les maîtres de l'art se réunir, discuter, faire des mensurations délicates pendant plusieurs jours de suite pour établir un diagnostic précis. Le médecin traitant, qui a sauvé la vie de son malade semble donc au moins excusable. Pas du tout. Le médecin est responsable dit la Compagnie, nous le payons (oh combien ! !) pour qu'il reconnaisse et réduise les luxations de nos blessés. Nous allons le poursuivre.

Et de fait, il fut poursuivi.

La Compagnie lui demanda trente mille francs de dommages et intérêts. Le blessé 15 mille et l'affaire vint devant le tribunal civil.

Là, malgré l'éloquente plaidoirie de l'avocat demandant purement et simplement la mise hors de cause du médecin, le tribunal nomma trois experts parisiens et l'affaire va prochainement revenir devant le tribunal.

La réponse des experts ne semble pas douteuse, et nous sommes convaincus que leur rapport délivrera notre malheureux confrère de cette épée de Damoclès suspendue sur sa tête. Mais que penser de cette compagnie qui mendie nos soins au rabais et prétend ensuite nous rendre responsables des insuccès opératoires ?

En vérité, les temps sont venus où l'exercice de la médecine devient difficile et l'alternative, peu riante, de Mazas ou de la ruine, n'est pas faite pour nous encourager.

Mais, comme à toute chose il faut une conclusion, la morale à tirer de cette histoire me semble la suivante : Refusons énergiquement, toute réduction de tarif à ces compagnies plus riches que nous et, puisque les risques sont si grands, faisons-nous *sérieusement* honorer.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles.

29 *avril* 1897.

Présents : MM. Giberton-Dubreuil, *Président*, Askinasis, Bourgeois, Cailleret, Calbet, Darin, Debord, de Fourmestraux, Gille, de Grissac, Guillermet, Jeanne, Heliot, Lauth, Lecuyer, Le Menant des Chesnais, Licke, Maison, Midrin, Mignon, Pannetier, Peker, Pluyaud, Pineau, Poursain, Renous, Ribard, Rigabert, Rousseau, Surbled, Surre, Vauthier.

Excusés. MM. Balp, Dinan, Faraggi, Ferey, Groussin, Martin, Rochefort, Toussaint.

MM. les Drs Chinsky, *de Viroflay*, et Gauvin, *de Trappes*, sont admis à l'unanimité comme membres du syndicat.

Affaires diverses.

Le Président fait connaître à l'Assemblée, qu'au sujet de la loi sur la pharmacie, nous avons la promesse de M. Gauthier de Clagny de nous donner son concours, quand le moment sera venu, et dans le sens que nous lui indiquons. Puis, il rend compte des résultats obtenus par le Bureau dans les différentes affaires, dont il a eu à s'occuper depuis la dernière réunion et qui sont les suivantes :

Assurances accidents.

« Le Dr Pecker, de Maule, avait été demandé pour un accident survenu à un ouvrier par le patron de cet ouvrier. Au moment du règlement des honoraires montant à 120 fr. environ, le patron a renvoyé notre collègue à une Compagnie d'Assurances, dont il n'était d'ailleurs pas le médecin ; celle-ci, naturellement, a offert un prix dérisoire. Notre confrère nous ayant demandé conseil, nous lui avons dit de poursuivre le patron en Justice de paix, lui avons envoyé des documents, tarifs, dates de jugements favorables, et notre confrère a obtenu gain de cause. Donc, Messieurs, quand un patron demandera vos soins pour un de ses ouvriers blessés, n'oubliez pas qu'il est responsable et souvenez-vous de ce jugement qui fortifie la jurisprudence en pareille matière. Souvenez-vous aussi que notre confrère a eu avantage à ne pas être médecin d'une Cie d'Assurances et qu'il a, d'un seul coup, gagné bien des sinistres à 6 fr. l'un.

Assistance médicale gratuite.

« Le Dr des Chesnais avait eu des difficultés, vous le savez, avec le Bureau de Bienfaisance de sa commune, qui lui avait contesté le droit de faire des observations à propos de l'établissement de la liste des indigents, et avait même, par une délibération reproduite sur le registre des procès-verbaux des séances, infligé un blâme à notre confrère dans des termes qu'on peut qualifier d'inconvenants. Notre confrère s'était plaint à l'Administration Préfectorale, qui avait fait la sourde oreille, puis nous avait soumis son cas, après quoi, le Syndicat avait décidé qu'une démarche du Bureau serait faite auprès du Préfet. Cette démarche a eu lieu, et nous avons la satisfaction de vous annoncer une victoire, dont nous avons lieu d'être fiers. Nous demandions une simple lettre de blâme au maire, établissant le droit de notre confrère. Le préfet a fait plus ; il a annulé la délibération du Bureau de Bienfaisance, ce qui ne s'était jamais fait, paraît-il, et ce qu'il avait déclaré précédemment ne pouvoir faire. Conclusion : donc les Syndicats ne sont pas inutiles.

Compagnies d'assurances.

Le Président fait ensuite connaître que la circulaire à signer au sujet des Compagnies d'Assurances, porte aujourd'hui 57 à 58 signatures. Si on met à part les médecins qui, à cause de leur grand âge, se désintéressent des questions professionnelles, il s'en faudrait de 15 à 20 signatures encore, pour que tous les médecins de l'arrondissement aient signé la circulaire.

Mais ces dernières signatures sont les plus difficiles à obtenir ; il suffit, en effet, qu'un ou deux confrères se refusent de marcher avec les autres, pour paralyser le bon vouloir des confrères de la même région. C'est l'objection que nous font à la séance certains confrères, dont nous connaissons par ailleurs le bon esprit d'union.

Le Dr Jeanne considère que, devant cette situation, et pour en finir, il faudrait avoir une première entrevue avec les Compagnies, leur demandant en face du chiffre imposant de signatures que nous possédons, d'accepter notre tarif, et d'en faire une mesure générale. « Puisque nous sommes aujourd'hui au moins les deux tiers, nous avons dès maintenant de grandes chances de réussir. »

Le Dr Midrin cite à cette occasion le fait suivant :

Une grosse Compagnie, pour s'éviter de payer les dix francs exigés par notre confrère pour la rédaction d'un certificat de blessure, fait entrer le malade à l'hôpital et y obtient gratuitement le certificat, dont elle avait besoin.

Une commission est donc nommée, composée des confrères Jeanne, Mignon, Rousseau, de Grissac et Gille, à l'effet de faire un dernier appel aux confrères, qui n'ont pas encore signé la circulaire et de chercher le meilleur moyen d'arriver à une bonne solution.

Tarif d'honoraires.

L'étude d'un nouveau tarif d'honoraires est à l'ordre du jour et le Dr Giberton communique à ses confrères le travail qu'il a fait à ce sujet, en s'inspirant des divers tarifs précédemment adoptés par les syndicats du département et dont il a pris la moyenne. Quelques chiffres sont discutés modifiés, mais le Dr Giberton fait remarquer que ce tarif n'a pas pour but d'enchaîner notre liberté, mais surtout d'être un document utile à présenter aux débutants, aux clients grincheux ou en Justice de paix. Il est décidé que ce travail modifié dans le sens des critiques auxquelles il vient d'être soumis, fera l'objet d'une publication à part.

Syndicat départemental.

La proposition du Dr Jeanne, au sujet de la création d'un syndicat départemental, est, sur la demande même de son auteur, reportée à l'époque où l'on étudiera celle d'un ordre des médecins.

Entreprises médico-financières.

Le secrétaire du Syndicat de Corbeil a adressé au nôtre, avec prière de vous les distribuer des exemplaires du compte-rendu de la dernière séance de ce syndicat, qui a eu lieu le 7 avril.

Dans cette séance, le Dr Casset a exposé à ses collègues, les avantages pécuniaires, que les syndicats médicaux retireraient, s'ils devenaient propriétaires de titres dans les entreprises médico-financières (eaux minérales, sanatoria).

Les membres présents à la réunion du 29 avril, après échange d'observations, émettent le vœu qu'avant la prochaine réunion du Syndicat de Corbeil, qui doit avoir lieu le 5 mai et qui sera spécialement consacrée à la question soulevée par le Dr Casset, une lettre soit envoyée au Dr Boucher, président du Syndicat de Corbeil.

1° Pour remercier ce syndicat de la communication de son procès-verbal ;

2° Pour lui faire connaître qu'ils désapprouvent la voie dans laquelle le Syndicat de Corbeil pourrait être entraîné, estimant que les syndicats doivent absolument se tenir en dehors de toutes les combinaisons financières et commerciales, tout en laissant à chacun de leurs membres, pris individuellement, le droit de participer aux combinaisons de ce genre qu'il leur plaira.

Le Secrétaire,

Dr Le Menant des Chesnais (de Ville-d'Avray).

Syndicat médical des Basses-Cévennes.

13 octobre 1897.

Présents : MM. Mazel, *président*, Rocheblave, *vice-président*, Bourguet, secrétaire-trésorier, Ducerf, Marc, Paulet, Jalaguier, Olivet.

MM. Bourras et Tarron n'ont pu se rendre à la réunion qu'à 4 h. 45.

La séance est ouverte par le président, qui informe le Syndicat, qu'il a été empêché de se rendre à la convocation de la commission de vérification des mémoires des médecins et pharmaciens pour le service de l'assistance médicale gratuite. Par conséquent, il ne peut donner aucun renseignement à l'égard des travaux de cette commission, ce qu'il regrette vivement.

Il donne lecture de la lettre-circulaire du Syndicat des médecins de la Seine, adressée dernièrement aux présidents des syndicats, à propos de l'affaire du docteur Laporte.

Après échange de vues à cet égard, il propose, ce qui est accepté, de féliciter le syndicat des médecins de la Seine, ainsi que le journal le *Concours médical*, pour leur intervention en faveur

de notre infortuné confrère. Leurs démarches ont déjà, d'ailleurs, produit le résultat très appréciable, de le faire mettre en liberté.

Le syndicat des Basses-Cévennes fait des vœux pour que les conséquences de l'enquête et des débats soient entièrement favorables au docteur Laporte.

Ordre des médecins.

Le docteur Tarrou n'étant pas présent au début de la séance pour lire son rapport sur l'opportunité de la création d'un Ordre des médecins, M. Mazel fait savoir que, les conclusions de ce rapport étant contraires à cette organisation, il se proposait de combattre ces conclusions et lit son travail à ce sujet. S'appuyant sur l'affaire du docteur Lafitte, il croit que notre confrère eût été plus efficacement défendu, s'il eût été soutenu et appuyé par l'avis motivé d'un Conseil de l'Ordre des médecins.

On décide d'attendre l'arrivée du rapporteur et la séance est suspendue. A la reprise de la séance, M. le Dr Tarrou donne lecture de son rapport, dans lequel il est franchement hostile à la création d'un Ordre des médecins et cela pour plusieurs raisons : 1° La hiérarchie établie pourrait nuire à l'indépendance des médecins ; 2° Il y aurait des inconvénients pour accueillir des accusations, rechercher et punir les écarts de conduite ; des dangers par suite de suspicion réciproque et dénonciation mutuelle.

Et puis, quelle serait la limite établie à l'incorrection et aux manquements à la déontologie ? Comment réparer le tort causé à un accusé reconnu innocent ? Faudrait-il accueillir la dénonciation de l'opinion publique ?

De plus, inefficacité de l'installation des Chambres médicales, car leurs jugements seraient accueillis avec scepticisme.

Et dans le cas d'exclusion d'un confrère, ne faudrait-il pas que le condamné fût privé de l'exercice légal de la profession !

Cette organisation n'amènerait pas de moralisation du Corps médical, au contraire, et nuirait au développement des Syndicats médicaux, dont l'utilité n'est plus à démontrer.

Après avoir signalé les graves inconvénients qu'il trouve à la création d'un *Ordre des médecins*, le docteur Tarrou propose, pour remédier à l'encombrement de la profession, de rendre plus difficile l'accès de la carrière médicale. En diminuant cet encombrement, la lutte deviendrait moins âpre et le besoin d'arriver par tous les moyens, moins tentant.

Il voudrait l'institution, dans les Facultés, d'un véritable *cours de déontologie*.

Il désirerait l'extension des syndicats médicaux, et souhaiterait voir tous les praticiens s'y affilier.

De cette façon, ils rempliraient le but qu'on voudrait atteindre par la création d'un Ordre des médecins, surtout si la loi donnait à ces groupements *voix consultative, obligatoire*, dans les affaires concernant le corps médical.

Après la lecture de ce rapport si remarquable et dans lequel la question est étudiée sous toutes ses faces et d'une manière si compétente, la discussion s'engage. On objecte que les moyens proposés sont surtout destinés à modifier l'avenir, mais qu'il faut aussi s'occuper du présent ; que les chambres médicales n'entraveraient nullement la liberté des médecins, qu'elles pourraient très bien exister à côté des syndicats médicaux, que le Conseil de l'Ordre aurait un grand rôle à jouer dans les actions intentées à des médecins.

Mais comme le temps presse et que la question ne paraît pas suffisamment élucidée, le Syndicat ajourne le vote, sur cette question si importante, à la prochaine réunion.

Admissions.

Avant de lever la séance, le Syndicat admet, à l'unanimité, dans son sein, MM. les docteurs Jaloguier, de Sommière, et Olivet, du Vigan, auxquels le Président adresse ses souhaits de bienvenue.

Le Secrétaire,
Dr Bourguet.

CORRESPONDANCE

Mon cher Directeur,

Vous traitiez dans le *Concours*, il y a quelques semaines, la question de la dichotomie. A ce propos, il m'en arrive aujourd'hui une bien bonne !

J'avais, cet été, cru devoir envoyer à Vichy une dame qui m'avait consulté, et comme la dite dame ne connaissait personne dans cette Capoue aquatique, j'avais pensé bien faire en la munissant d'une lettre d'introduction, pour un confrère de moi connu.

Aujourd'hui même, cette dame se représente à mon cabinet, la figure toute déconfite.

« Docteur, j'ai mille excuses à vous faire, et je vous avoue que l'appréhension que j'en avais, est là seule cause du retard que j'ai mis à venir vous revoir. »

« — Est-ce que, Madame, vous n'auriez pas été satisfaite de votre saison ? »

« — Oh ! si fait, Docteur, bien au contraire, mais c'est que, il faut bien que je vous le confesse, je n'ai pas été trouver le médecin auquel vous m'adressiez. A mon arrivée là-bas j'ai été circonvenue et on m'a conduit chez un autre ».

« — Mon Dieu, Madame, il n'y a rien là dedans d'aussi fâcheux que vous semblez le croire, et au surplus chaque client est absolument libre de prendre le médecin de son choix. »

« — Oui, docteur, c'est bien ce que je me suis dit, mais il n'en est pas moins vrai que je vous ai fait tort. »

« — Comment tort ! ».

« — Eh bien oui, puisque je vous ai frustré de votre commission. »

« — Madame, je comprends de moins en moins .»

« Mais si, docteur, c'est bien ce qu'on m'a dit là-bas, après, et j'en suis toute désolée. »

« — Chère Madame, je vous en prie, consolez-vous, je n'ai jamais reçu la moindre commission de ce genre, et vous prie de croire que je n'en recevrai jamais, si tant est qu'on m'en offre.»

Conclusion : Au cas où je renverrais d'autres clients à Vichy ou ailleurs, je veux bien que le diable m'emporte, si je n'y regarde pas à deux fois avant de leur fournir une note d'introduction quelconque.

Veuillez agréer, etc.

Dr Lecerf.

Saint-Julien de Concelles (Loire-Inférieure.)

13 octobre 1897.

Cher Directeur,

Je suis en retard pour vous remercier des bons offices du Concours ; mon client est heureux des résultats obtenus par l'intervention de M. D. qu'il porte dans un coin au bon endroit. Il y a encore quelques clients comme cela.

Il y a environ un an, je vous avais prié de me fixer sur un confrère du faubourg Saint-Honoré, à la demande d'une riche cliente de ce quartier que je soigne ici pendant la belle saison. D'après vos indi-

cations, je la recommandai chaudement ; mais, dans l'intervalle, ma cliente avait fait un autre choix.

C'était un coup d'épée dans l'eau, un regret à vous exprimer. Cela arrive par ricochet, et bien tard. — Je me dis que vous devez avoir acquis, au contact des 4.000 membres du Concours, des trésors d'indulgence pour leur horreur de la plume ; j'ai lâchement compté là-dessus, et je vous présente tête basse, le *confitentem reum*.

Mais, je vous présente, en même temps, avec la gratitude la plus profonde et la plus convaincue, mes félicitations. pour l'influence bienfaisante et énorme, que le Concours a voulu et su exercer sur la situation générale des médecins français, en notre lamentable fin de siècle.

Votre bien dévoué.

Dr P.

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique : MM. les Drs Bilhaut et Selle (de Paris), Bontemps (de Saumur), Richard (d'Autrey, Haute-Saône) ;

Officiers d'Académie : MM. les Drs Gontier (de Moutiers, Savoie), L. Leriche (de Paris), Audigier (de Toulouse), Goudonnèche (d'Ussel), Marcailhou d'Aymeric (de Blidah), Massine (de Thuir, Pyrénées-Orientales), Milet (de Noyon, Oise), Mougin (de Vitry-le-François) et Treille (de Lavaveix-les-Mines, Creuse).

Chevalier du mérite agricole : M. le Dr Monglond (de Sornae, Corrèze).

A tous ces membres du « Concours médical », nous adressons nos félicitations.

— *A propos de l'ordre des médecins.* — A cette heure, où le corps médical est quasi-officiellement consulté sur l'opportunité de la création d'un ordre des médecins, nous apprenons la mort de MM. les Drs Surmay et Mougeot qui furent les auteurs des deux premiers projets formulés sur cette matière.

— *La croisade contre les médecins.* — Le *Progrès médical* raconte que, dernièrement, dans un lycée de Paris, on a donné aux élèves un devoir de style ainsi conçu :

« 1° A l'hôpital de la Charité, un médecin ayant besoin d'un cadavre pour faire quelques expériences médicales, le demande à l'infirmier qui lui promet le n° 46, qui, dit-il, n'a plus que deux heures à vivre. (Faire parler les deux personnes : 10 *lignes*.)

« 2° Cela ne fait pas l'affaire du médecin, qui doit s'absenter jusqu'au lendemain soir.

« 3° Un cordial, administré *in extremis* au susdit numéro, agit si heureusement que le moribond, après un long sommeil, se réveille convalescent. Désappointement comique de l'infirmier, qui témoigne sa surprise au n° 46 ! (Dialogue : 20 *lignes*.)

« 4° Le lendemain, le médecin vient chercher son cadavre ; mais l'infirmier lui répond que le mourant ne s'est pas décidé à mourir (10 *lignes*). »

— *Liste par ordre de mérite des candidats admis à l'Ecole de santé militaire de Lyon.* — 1. MM. Téchoueyres, Caujole, Dreyfus, Notin, Cornet, Marland, Manaud, Boutin, Prat, Roudié.

11. Boigey, Joly, Massol, de Gaulejac, Piètrement, Maitre, Chapellier, Herscher, Armeilla, Pasteur.

21. Cahuzac, Escher, Miécamp, Jullien, Michel, Pichon, Bailliart, Bertrand, Feldmuller, Clément.

31. Champeaux, Guérin, Guilhaumon, Evrard, Battez, Cariès, Fontagné, Carret, Borderies, Garnier.

41. Cortez, Borie, Mayrae, Marcailhou d'Ayméric, Métoz, Vennat, Lantieri, Pons, Lajoux, Brionval.

51. Besson, Taillefer, Dusserre, Cazaux, Bargy, Ferron, Cailhard, Nicolle, Demanneville et Bertrand.

— *Liste, par ordre de mérite, des étudiants en médecine nommés, après concours, élèves du service de santé de la marine à l'Ecole de Bordeaux.* — 1. MM. Lafolle, Bougenault, Léger. Boussenot, Manine-Hitou, Roustan, Chagnolleau, Lamoureux, Verdier, Coquin.

11. Latour, Margerie, Braud, Bellamy, Grosfillez, Montel, Allain, Chemin, Balcan, Sorel.

21. Donnet, Jousset.

— *Le Budget de l'étudiant en médecine anglais.* — A Londres, le minimum de dépenses obligé pour la pension, la nourriture et logement compris, atteint une somme annuelle de 1.500 fr. ; en s'exilant aux confins de la ville, l'étudiant pourra parfois réduire cette dépense à 1.250 fr., mais ce sera au détriment de ses jambes et en s'imposant de longues et fatigantes courses à pied. Une combinaison lui permettra souvent de gagner 20 % sur le prix de sa pension. Ce sera de trouver un camarade d'études qui partage sa chambre avec lui. Deux étudiants associés dans la même pension obtiennent des réductions en raison des économies à réaliser sur eux pour le logement, le chauffage et l'éclairage.

Les deux étudiants en médecine associés pourront acheter à frais communs les livres nécessaires à leurs études et faire ainsi une économie de 50 %. Ces livres et l'achat de quelques instruments représentent une dépense annuelle de 250 fr.

L'étudiant londonien devra aussi dépenser 250 fr. par an en monnaie de poche, et il ne faudrait pas entendre par là en plaisir. Certainement, il achètera tous les matins un journal, il écrira à sa famille ou à ses amis et il aura sa correspondace à affranchir, il prendra le tramway le dimanche pour respirer l'air de la campagne. Tout ceci l'entraînera à dépenser 250 fr.

Enfin il faut compter 500 fr. par an pour la toilette, vêtements, chapeaux, chaussures, gants, blanchissage, etc.

Tout compte fait, l'année d'un étudiant en médecine à Londres reviendrait donc à un minimum de 2.500 fr. par an. Beaucoup ne disposent pas d'autant, et c'est de ceux-là que s'inquiète *The Lancet* de Londres. Les études durant un minimum de quatre ans, c'est donc 10.000 fr. au moins qu'il en coûte pour faire un médecin anglais.

En raison de l'encombrement de la carrière, peu de ces docteurs en médecine arrivent à gagner leur vie et à subsister. Beaucoup, après les sacrifices imposés à leur famille pour leur éducation, sont réduits à des clients qui leur payent la consultation en même temps que le remède sur le pied de 60 centimes à un schilling. On ne saurait donc assez abonder dans le sens des publications qui conjurent les pères de famille d'écarter leur fils d'une profession aussi ingrate. (*The Lancet*.)

La situation est à peu près la même des deux côtés de la Manche, comme on peut le voir par les lignes ci-dessus : des deux côtés aussi, l'aveuglement des familles prépare de trop nombreuses misères médicales.

— *Bibliographie.* — Tous ceux de nos lecteurs que préoccupent les problèmes de l'assistance et de la prévoyance, consulteront avec fruit un livre que vient de publier, chez Plon, Nourrit et Cie, l'*Office central des œuvres de bienfaisance*, sous le titre *Paris charitable et prévoyant*.

— *Un nouveau Journal de médecine.* — Nous recevons le n° 1 du *Journal de médecine Interne*, publié sous la direction scientifique de M. le Dr Lancereaux. Rédacteur en chef : le Dr Besançon. Ce journal paraîtra le 1er et le 15 de chaque mois. Administration, 133, rue de Rome, à Paris.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 44 30 Octobre 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Souscription en témoignage de solidarité avec le Docteur Laporte

Le *Concours Médical* désire témoigner, par un acte public, qu'il ne peut approuver les considérations juridiques qui ont amené la récente condamnation du *Docteur Laporte*.

Ce n'est qu'aujourd'hui jeudi 28 octobre qu'il a pu s'assurer, de la bouche de M. Laporte, que sa famille dans l'aisance, et lui-même, ne s'opposaient plus à une souscription comme formule de sympathie.

En conséquence, nous prions nos confrères de vouloir bien nous envoyer leur obole; *elle doit être aussi modeste que possible*, puisqu'il ne s'agit pas de recueillir une somme considérable, mais uniquement faire acte de solidarité. Nous adoptons volontiers la formule de nos collègues de la *Presse médicale* : *Maximum de souscription* 5 *francs*.

Nous publierons au journal les noms des souscripteurs; nous espérons que chacun tiendra à honneur de se joindre à une manifestation indispensable, vu la gravité des conséquences de l'arrêt qui a condamné notre confrère.

Le Conseil de Direction.

Ordre du jour de l'Assemblée Générale du Concours Médical

1° Allocution du Président.
2° Caisse des veuves et orphelins du Corps médical.
3° Affaire du Dr Laporte.
4° Création d'une œuvre de défense professionnelle.
5° Approbation des comptes et vote du budget.
6° Tarifs d'honoraires.
7° Opportunité de la création d'un *Ordre des médecins.*
8° Propositions des membres du *Concours médical*, et comptes rendus des œuvres des sociétés qu'il a fondées.

Ordre du jour de l'Association amicale.

1° Allocution du Président.
2° Rapport du secrétaire général sur la situation morale de l'œuvre.
3° Rapport du trésorier sur la situation financière.
4° Rapports des contrôleurs et approbation des comptes de l'année 1896.
5° Election de deux contrôleurs.

RAPPORT STATUTAIRE DU CONSEIL DE DIRECTION

de la Société civile du Concours Médical.

Exercice 1896-97.

Notre Assemblée générale a lieu le 14 novembre. Il importe, pour le bien de notre Société, qu'elle soit nombreuse, comme les années précédentes et que nous puissions ainsi recevoir les conseils, les avis des membres du Concours, sur les questions qui seront soumises à leur appréciation. Nous les prions, en conséquence, de sacrifier à la cause commune, quelques instants de leurs laborieuses journées. Ils en seront, nous en sommes convaincus, dédommagés largement par la constatation de la conscience, que les membres de nos réunions apportent à l'examen des sujets d'intérêt professionnel qui nous touchent tous. Il n'est pas permis au *Concours médical* de se contenter des résultats acquis dans le passé ; il est incessamment sollicité par des propostions nouvelles. Celles, que le Conseil de Direction vous soumettra, vous prouveront que toutes ses préoccupations ont pour but de conjurer les périls de tout genre qui menacent les praticiens, non seulement dans leurs intérêts matériels, mais encore dans le rang que le médecin a occupé, jusqu'à ce jour, dans la Société française, grâce à son éducation littéraire et scientifique et à son inépuisable générosité vis-à-vis de tous ceux qu'il approche.

Nous avons à vous rendre compte, en premier lieu, des décisions que vous avez prises, il y a un an, dans votre Assemblée générale du 15 novembre 1896 ; nous vous entretiendrons, ensuite, des questions qui ont surgi dans le courant de l'année, qui vient de s'écouler, questions qui nous ont dicté quelques-unes des propositions que nous soumettrons à l'Assemblée prochaine.

Vous avez, le 15 novembre 1896, décidé, dès l'ouverture de la séance, à une grande majorité, nous pourrions dire à l'unanimité, la création d'une *Caisse de pensions pour les veuves et les orphelins* du corps médical ; vous avez trouvé bon le projet, estimé qu'il avait des chances de succès et ordonné son exécution, en votant les fonds nécessaires pour sa propagande. Cette nouvelle création paraît donc répondre à un besoin incontestable et elle est de nature à écarter un des grands périls, qui menacent les familles médicales.

Lorsque vous avez décidé la mise en pratique de l'Association amicale, nous n'avons pas eu un instant d'hésitation et, encouragés par notre Conseil autorisé, M. *Léon Marie*, nous avons inauguré l'œuvre avec *60 adhésions seulement*. Le succès a couronné nos efforts, et à ce jour, nous marchons vers le chiffre de 500 sociétaires.

Mais, pour la *Caisse de pensions des veuves et orphelins*, à cause des réserves qu'elle nécessite ; à cause de la responsabilité plus éloignée qu'elle comporte, notre Conseil a été plus réservé. Il nous a imposé un chiffre minimum de 250 à 300 adhérents, que nous sommes encore loin d'avoir atteint. Nous ne pouvions, dès lors, prouver le mouvement en marchant ; nous perdions le bénéfice de la possession d'état, du *fonctionnement*, qui a tant contribué aux succès de la Caisse-maladie, qui peut, chaque trimestre, dire et publier : nous avons reçu telles sommes ; nous avons versé telles et telles indemnités et soulagé, d'une façon efficace, tant de confrères atteints par la maladie.

Vous aurez donc à remettre la question sur le tapis et rechercher, avec nous, les moyens de hâter l'organisation de cette œuvre, si digne du concours de tous.

Le Conseil de Direction, selon votre décision, s'est très volontiers associé à la grande manifestation de la reconnaissance publique, qui a eu lieu, le 20 décembre à la Sorbonne, en l'honneur de notre vénéré confrère, M. Théophile Roussel. Il a rédigé et fait imprimer, selon votre désir, les deux adresses suivantes, la première au nom du *Concours médical*, la deuxième au nom de la Société de protection des victimes du devoir médical, dont M. Th. Roussel avait accepté la présidence ; ces adresses ont été présentées dans la séance solennelle qui a eu lieu, en la présence d'un auditoire d'élite, sous la présidence du ministre de l'Intérieur.

Monsieur Théophile Roussel,

Dans son Assemblée générale du 15 novembre 1896, la Société du Concours Médical a résolu, à l'unanimité, de se joindre à la célébration de votre jubilé professionnel. Elle a chargé son Conseil de Direction de vous dire les vœux, que ses quatre mille membres forment pour la longue prolongation de votre belle carrière, signalée par tant d'œuvres humanitaires, au premier rang desquelles ils placent la loi qui porte votre nom.

La loi Roussel, avec la collaboration de vos confrères, a préservé de la mort et conservé à notre patrie d'innombrables enfants.

La France est votre obligée ; vous honorez grandement le Corps médical français et tous les médecins sont fiers de votre bienfaisante et glorieuse carrière.

Pour la Société du Concours Médical
Le Conseil de Direction,
Dr Gibert (du Havre). Dr Gassot (de Chevilly).
Dr Maurat (de Chantilly).
Dr A. Cézilly.

La Société de Protection des victimes du devoir médical s'associe de tout cœur à la touchante manifestation de respect et de sympathie, qui a lieu aujourd'hui en l'honneur de son vénéré président.

Votre généreuse existence fut prodigieusement féconde et d'un dévouement sans limites au Bien public. On ne peut qu'être pénétré d'admiration, lorsqu'on jette un coup d'œil sur votre passé philanthrophique : vous n'avez laissé sur votre route que de bons exemples, la trace lumineuse d'un grand caractère, qui n'encourut jamais le reproche, d'un esprit supérieurement affiné qui ne connut point les défaillances.

Nous faisons des vœux pour qu'une vie si noble, si bien remplie, se prolonge le plus longtemps possible.— Puissions-nous avoir la grande joie

de nous trouver de nouveau réunis, dans vingt ans, pour célébrer votre centenaire.

FRANCK-CHAUVEAU. A. CÉZILLY.
Dr GRELLETY.

Vous avez délibéré ensuite, en 1896, sur le droit des médecins à s'intéresser pécuniairement à la fondation et à l'exploitation directe des établissements médicaux, tels que : maisons de santé, stations hydrologiques et climatériques et notamment sanatoria, et après avoir décidé que ce droit était strict et ne comportait aucune objection déontologique, vous avez résolu que le Concours, en tant que Société, ne devait pas les organiser lui-même, mais qu'il pouvait et devait favoriser leur établissement en France et leur prêter, après enquête, son appui aussi efficace que possible, tant par le *journal*, que par les souscriptions des membres du Concours.

En conséquence, le Conseil de Direction a constitué les médecins, qui se sont occupés de la question des sanatoria et ont par conséquent compétence, en Commission spéciale, à titre consultatif, dont le règlement est rédigé en conformité des décisions de l'Assemblée générale. Malgré son intervention, la création des sanatoria n'a pas fait de grands progrès cette année; à peine si deux petits sanatoria sont prêts à recevoir des malades. Nous espérons qu'en 1897 ces établissements indispensables vont enfin voir le jour et nous doter d'un outillage thérapeutique, on ne peut plus urgent, pour lequel, nous payons, à l'étranger, un large tribut que rien ne justifie.

Au sujet des *Consultations payantes dans les hôpitaux*, qui, abusivement, se sont introduites dans les hôpitaux de Lille, selon le récit qui a été fait à notre Assemblée par le Dr *Richard-Lesay*, la protestation, que celle-ci avait rédigée, a été communiquée aux intéressés. Nous avons prié notre confrère de nous faire connaître où en est l'affaire. Le Doyen de la Faculté, le recteur et le Préfet eurent une conférence avec la commission des hospices, qui finit par abandonner son projet, après l'avoir maintenu pendant quelque temps. Actuellement les consultations sont généralement gratuites. Mais le Dr Richard croit qu'on exige des gens qui paraissent pouvoir la payer, une rémunération d'un franc, quand ils s'adressent à un service de chirurgie, somme destinée à indemniser des frais de pansement. Cette dernière mesure est mauvaise, car elle incite les gens aisés, par son apparence de paiement, à venir s'emparer d'une gratuité qui n'est à sa place que pour les pauvres. Donc, on n'a eu qu'à peu près satisfaction.

L'Assemblée s'était rendue au désir, exprimé par M. le Dr *Archambaud*, de voir deux de ses membres adjoints à ceux qui composaient une commission ayant en vue la réorganisation de l'enseignement de la médecine, afin de les aider à les assister dans leur tâche. Cette commission s'est réunie un certain nombre de fois et le Dr Chassaing, député, a préparé une étude sur les dépenses occasionnées par l'enseignement médical en France et à l'étranger. La question en est là.

L'Assemblée de 1896 avait également accepté le vœu de M. le Dr *Vignes*, de Corbeil, au sujet du taux des patentes et des impôts sur le domicile où on n'exerce pas, sur les chevaux et voitures. Ces désirs, si souvent exprimés bien en vain, ne paraissent pas près de recevoir satisfaction. Nous en avons saisi la réunion extra-parlementaire de nos législateurs médecins et nous ne croyons pas que jusqu'à ce jour leur action ait pu s'exercer.

Au sujet des médecins experts, vous aviez décidé de demander au Garde des sceaux l'application stricte des nouveaux tarifs médico-légaux, plus favorables pour nous. Les circulaires restrictives restent toujours en vigueur et M. le Dr *de Grissac*, chargé de prendre des informations, a fait des démarches auprès du Ministère de la Justice pour voir modifier les interprétations données, *par les bureaux* :

« Mes démarches, nous écrit-il le 16 octobre, n'ont abouti qu'à me convaincre que les circulaires qui régissent la matière, ne seront en aucune façon modifiées. En ce qui concerne les expertises de l'état mental des individus, « le tarif ancien sera maintenu, et, lors de la discus-« sion de la commission, dont faisait partie M. le « Professeur Brouardel, ce dernier, autorisé ce-« pendant par sa haute situation, n'avait soulevé « aucune objection ».

« Il n'y a qu'un moyen de réformer la chose, « c'est de faire intervenir le Parlement par voie « d'amendement et modification expresse de la « loi ? ? »

J'en ai causé avec différents jurisconsultes qui m'ont répondu qu'il n'y avait rien à faire contre le mauvais vouloir des bureaux. »

Vous aurez donc à décider, en Assemblée, quelle suite vous voulez donner à cette juste réclamation.

Vous nous aviez chargés en outre, et à propos d'une question du même ordre, d'écrire à M. le Doyen de la Faculté, la lettre suivante, rédigée par le Dr Jeanne :

Monsieur le Doyen,

Les membres de la Société du Concours médical, réunis en Assemblée générale, se sont justement émus des plaintes formulées, de toutes parts, à propos de l'affaire Druaux, au sujet des conclusions des médecins légistes en général.

Sans vouloir d'aucune façon critiquer les confrères de Rouen, l'assemblée s'est montrée convaincue de l'urgence de donner à l'enseignement de la médecine légale le développement qu'il comporte et que vous avez indiqué vous-même ; de délivrer aux médecins ayant fructueusement suivi cet enseignement, un certificat d'aptitude spéciale ; de confier à ceux-ci, en procédant par voie d'extinction, les postes vacants de médecins légistes, à condition qu'on leur assure des honoraires proportionnés à leur délicate et redoutable mission.

Ils vous prient, en conséquence, Monsieur le Doyen, de poursuivre instamment, par toutes voies utiles, et dans le plus bref délai possible, la réalisation de ce vœu dicté par l'unique souci de répondre aux exigences de l'intérêt général.

Veuillez agréer :

Pour la Société du Concours médical, réunie en Assemblée générale le 15 novembre,.
Le Directeur, Dr CÉZILLY.

Voici le sens de la réponse qu'a bien voulu nous adresser M. Brouardel :

« Il est absolument d'accord avec M. le Dr Jeanne.

Il rappelle les conclusions d'une brochure qu'il a publiée en 1884,au sujet de la réforme du Code d'instruction criminelle. Il demandait : Une instruction spéciale des experts, par un enseignement professionnel approprié ; la preuve de cette instruction par un diplôme et la création d'une commission scientifique médico-légale supérieure, chargée de juger les questions scientifiques qui auraient donné lieu à des contestations entre les experts.

Depuis cette époque, c'est-à-dire 13 ans, M. le Doyen a fait campagne sans succès pour cette réforme et il la continue.

Peut-être, ajoute-t-il, la nouvelle loi sur les Universités permettra-t-elle de faire quelque chose ; de créer un certificat. C'est ce dont il s'occupera, dans une des premières séances du Conseil de l'université de Paris. »

Nous devons donc attendre encore, avec quelqu'espoir de réussite.

Vous pourrez voir, d'après ce compte-rendu, chers Confrères, que les solutions des questions d'ordre médical sont difficiles à hâter, quels que soient le soin et le temps qu'on leur consacre, lorsqu'elles ne dépendent pas de la volonté du Conseil de Direction.Ce n'est pas une raison pour ne point les poursuivre avec persévérance, avec la conviction que, lorsqu'elles sont fondées, elles finissent toujours par triompher.

En ce qui concerne les *Œuvres du Concours médical*, qui sont de notre domaine, le Conseil de Direction n'a guère que des motifs de satisfaction. Cependant, au sujet de l'une de ses plus anciennes, celle des *pensions de retraite*, il ne trouve pas son recrutement aussi large qu'il l'avait espéré. Il avait compté sur l'esprit de prosélytisme des affiliés de la première et de la dernière heure. Il ne lui paraît pas difficile, pour eux, de prêcher leurs confrères, en leur faisant apprécier, à sa juste valeur, la certitude de recevoir, à un âge relativement peu avancé, 60 ans, une somme de 1.200 fr. ou de 2.400, pendant toute leur vie. Ils peuvent aussi faire ressortir les avantages spéciaux réservés aux femmes des médecins, qui, comme leurs maris, versent leur cotisation pour la retraite. L'œuvre est de toute sécurité et le sacrifice annuel consenti est en rapport exact avec le service rendu. Le journal a obtenu l'autorisation des divers Doyens des Facultés, pour envoyer, à tous les nouveaux docteurs, les statuts de la Caisse des pensions et il ne manque pas d'y joindre ceux de l'Association amicale.

Quant à celle-ci, le Conseil de Direction peut se féliciter de l'avoir inaugurée, tant elle répond à des besoins réels, constatés par la quotité des indemnités de maladie qu'elle alloue à chacune des séances trimestrielles du Conseil d'administration. Ici nous avons un très éloquent apôtre : la publication du montant des sommes versées. Tous les membres de cette société ont le facile devoir de proclamer les services rendus par une organisation de date récente, qui a déjà répandu tant de bienfaits. Nos correspondants nous affirment qu'ils n'y manquent pas et nous sommes fondés à croire, par la constatation des adhésions nouvelles que, de longtemps, nous n'aurons pas à stimuler leur zèle si louable.

Selon vos intentions, cette année, nous avons de nouveau versé, à un fonds spécial, la somme de deux cents francs destinée à réparer, dans la mesure du possible, une injustice judiciaire.

Dans cet ordre d'idées, le Conseil aura à consulter l'Assemblée, pour lui demander le mandat d'organiser un *système de défense* qui lui paraît indispensable. Depuis trois ans, voilà nombre d'affaires, plus ou moins graves, qui ont prouvé, à satiété, que nous ne sommes pas défendus, nous médecins, comme nous aurions le droit de l'être, lorsque nous courons les dangers auxquels nous expose notre périlleuse profession. On n'est pas précisément tendre pour nous et on est tout disposé à mal interpréter nos actes les plus simples, à qualifier de *scandale médical*, ce qui peut être tout simplement l'accomplissement de notre devoir. On nous honore, certes, en supposant que les médecins doivent faillir moins que le commun des mortels ! Pour le public, nous sommes tous riches ; nous devons par surcroît être infaillibles ; nous devons, de plus, n'avoir aucune des faiblesses humaines et, certes, les juges nous font bien voir que tel est leur sentiment. Cela ne peut durer ; il faut aviser et avoir l'assurance qu'un médecin en péril, qu'il soit coupable ou non, dès qu'un fait qui touche la confrérie est signalé, verra accourir quelqu'un pour atténuer sa responsabilité, s'il s'était égaré ; pour prouver son innocence dans le cas où il mérite seulement des éloges et un appui chaleureux.

C'est cette situation du médecin accusé et destitué d'appui, qui justifierait l'établissement de *l'Ordre des médecins*, que le Conseil de Direction a mis également au nombre des questions à soumettre à l'Assemblée générale prochaine. Tous les promoteurs de l'Ordre des médecins visent également les défaillances, les erreurs de conduite, les procédés anticonfraternels et charlatanesques de certains, qu'ils estiment de nature à amener la déconsidération de notre profession, pour réclamer son établissement. Nous avons publié tous les projets favorables à l'Ordre et les objections.

Nous n'avons pas à préjuger les décisions que prendra l'assemblée. Le Conseil de Direction préférerait, même, que celle-ci se contentât de manifester des impressions, plutôt que de prendre une décision pour accepter ou pour repousser le *Conseil de l'Ordre médical*. La période de discussion n'a encore rien précisé ; d'autre part, les voies et moyens pour obtenir des pouvoirs publics cette nouveauté sont assez incertains, assez longs en tout cas, comme délais, pour que rien ne presse de prendre une décision sans appel. C'est assurément une grave affaire que de venir dire aux quinze mille médecins de France, quelle que soit leur situation, leur âge, leurs sentiments : sous telle peine, vous allez être contraints de faire partie de l'Ordre, qui aura, sur vous, tel ou tel pouvoir ; vous infligera des blâmes, vous donnera des éloges ! Donc ne nous hâtons pas et sachons bien à quoi nous nous exposons.

En tout cas, et c'est au *Concours*, le *fondateur des syndicats*, qu'il appartient de le dire, nous ne sommes pas dépourvus de façon complète.

Le Conseil de l'Ordre actuel, ce sont les *syndicats* et il ne nous conviendrait guère de voir arrêter leur essor, quand ils sont encore à leurs premiers pas, pour faire, pour ainsi dire, la preuve de leur insuffisance, même avec des

sociétés locales de l'*Association générale*, en ce qui concerne le but qu'on vise principalement : la moralisation de la profession.

Le bien fait par les *syndicats* est déjà très grand ; si on consacrait, à leur développement, les soins que nous voulons prendre pour obtenir des pouvoirs publics une législation spéciale en notre faveur, tout serait bénéfice. Qu'on se persuade bien, en tout cas, qu'il ne sera pas possible de nous plier tous sous le joug de ces conseils qui ne voudraient certes que notre bien, mais qui le voudraient d'une certaine façon, qui pourrait bien n'être pas la nôtre et nuire à notre privilège, intact jusqu'ici : *le droit de faire notre devoir, avec les seules lumières de notre conscience et sans contrainte.*

Ah, certes, le médecin a besoin de s'associer, pour se défendre, pour se protéger en protégeant sa famille professionnelle et sa famille personnelle.

C'est dans ce sens que, depuis 1879, sans défaillances, le Conseil de Direction s'est toujours orienté. Il étudie, il discute, dans toutes ses séances, des projets qu'ont conçus ses membres et il espère pouvoir vous les soumettre le 14 novembre.

Il vous demande, chers confrères, de venir nombreux à notre assemblée annuelle ; il croit, il espère, qu'elle sera bonne et fructueuse, comme ses aînées, en résolutions utiles à notre profession. *Le Conseil de Direction.*

Rapport du Comité de Rédaction.

C'est chaque année, pour nous, une agréable obligation statutaire, que de venir rendre compte à nos chers lecteurs de nos travaux et de nos efforts pour maintenir la vieille réputatton du journal « *le Concours Médical* », en poursuivant son but vulgarisateur, utilitaire et pratique. Nous ne croyons pas nous flatter en disant hautement que nous faisons des efforts incessants dans ce but, en tâchant d'imiter nos éminents devanciers Le Gendre, Barette, Lepage. La voie à suivre a été tracée nettement par eux ; nous n'avons qu'à ne pas nous en écarter. Y avons-nous toujours réussi ?

Le chiffre en progrès de nos abonnés et les quelques communications, remarques, questions, études, que nous recevons chaque semaine, à l'occasion de nos articles, semblent nous permettre de croire que notre cher *Concours* remplit toute sa mission. Nous voulons, avant tout, donner à nos lecteurs les moyens de se tenir au courant des découvertes sérieuses et des progrès contrôlés des sciences médicales. Nous ne voulons que leur rendre service et les aider à en faire bénéficier leurs malades, sans arrière-pensée, sans basses complaisances pour les travaux de tels ou tels maîtres, de tels ou tels lanceurs de produits plus ou moins exotiques. Nous contrôlons autant que possible tout ce que nous recommandons et nous accueillons à bras ouverts les travaux ou les critiques de tous les praticiens sérieux, même les plus obscurs, sans distinction d'école, ni de secte scientifique.

Tout médecin qui observe avec méthode et sans parti pris, les innombrables faits de sa pratique journalière, et qui, surtout, sait en tirer des déductions simples et conformes au bon sens, fait plus pour construire l'édifice de la Science que ces chefs d'écoles, professeurs ou académiciens, qui veulent forcer les faits à entrer quand même dans un système préparé d'avance, véritable mirage de la vraie science.

C'est une trompeuse illusion de croire que l'on sera un jour, enfin, en possession d'un édifice complet de la Science ; cet édifice est comme la Tour de Babel qui cherche à s'élever toujours plus haut, à laquelle chacun peut apporter sa pierre, mais sans espoir de la voir jamais s'achever. Tous les auteurs de systèmes sont comme des architectes qui élèveraient une immense charpente de fer sur un sable mouvant, sans fondements solides pour la soutenir. Il y a toujours de ces insensés, il y en aura toujours. Pour nous, nous nous contentons de choisir les meilleures pierres qu'on nous apporte et nous les utilisons impartialement, sans flatterie, ni dédain, dans la construction de nos colonnes scientifiques. Que nos lecteurs donc veuillent bien continuer à nous adresser des observations, des leçons cliniques, des études sur l'hygiène, la thérapeutique, la gynécologie, nous les en remercions bien sincèrement par avance ; ils nous rendent toujours un signalé service, car ils nous permettent de donner à notre journal un cachet d'originalité, en même temps qu'une grande utilité pratique.

Nous avons essayé cette année d'esquisser, en une douzaine d'articles, les plus récentes connaissances et les plus importants progrès de la pathologie du bacille tuberculeux. Hélas ! ces progrès sont loin d'avoir atteint le degré désirable pour l'humanité et des milliers de victimes tombent chaque mois encore sous les coups implacables de l'infâme bacille ; chaque année, nos rangs même sont éclaircis par l'inexorable fléau. Qu'on ne se le dissimule pas ; là est la véritable question d'actualité, il ne faut pas se lasser de l'étudier.

Les rayons X et la radiographie ont été aussi l'objet de notre sollicitude et nous avons fait tous nos efforts pour tenir nos lecteurs au courant de ce remarquable progrès du siècle.

Quant à l'appendicite, la question un peu trop à la mode, nous l'avons envisagée sans parti pris et en tâchant de la ramener à de plus simples proportions : toutes les péritonites et toutes les douleurs de la fosse iliaque droite ne sont pas des appendicites, en somme, et l'on s'est un peu égaré dans les sociétés savantes en voulant tout étiqueter « appendicite ».

La gynécologie a été aussi l'objet de plusieurs articles spéciaux destinés à mettre au point les questions toujours si ardues de la grossesse, du placenta prævia, des prolapsus génitaux. La chirurgie toute nouvelle du poumon si remarquablement exposée et pratiquée par le professeur Terrier et le Dr Tuffier, a été résumée pour la faire connaître aux praticiens qui seraient sollicités de l'employer.

Enfin, nous nous sommes appliqués, en général, à décrire le traitement des affections les plus courantes, chirurgicales et médicales, et à signaler les progrès des différentes méthodes thérapeutiques dans l'intérêt de nos lecteurs et de leurs malades : tels la sérothérapie de la peste, du tétanos, de la rougeole, les usages du formol et du formiate de soude, les traitements du lupus, de la coqueluche, de l'angine de poitrine, de la pneumonie, du goître exophtalmique, la trousse du médecin, l'art de formuler, etc.

La partie laryngologique et rhinologique a été particulièrement soignée au point de vue pratique et nos collaborateurs l'ont traitée d'une manière aussi concise que lumineuse ; c'est un grand mérite que de rendre accessibles à tous, les questions souvent arides des spécialités.

Nous ne saurions cependant terminer cette revue de nos travaux de l'année, sans avouer que quelques parties auraient pu avoir plus de développement ; certes, nous le regrettons, mais nous nous permettons d'en accuser un peu nos lecteurs qui ne se souviennent pas assez qu'ils devraient être plus souvent nos collaborateurs et nous adresser des matériaux d'études intéressants ; nous les utiliserions avec plaisir, et l'attrait du journal en serait grandement augmenté.

Les questions professionnelles tiennent toujours dans le *Concours médical* leur place accoutumée : c'est leur étude consciencieuse et sans trêve, qui lui a donné son caractère spécial et le comité de rédaction veille à ce que cette partie du journal conserve toujours son intérêt habituel.

Nous n'avons rien à vous dire des *Propos du jour* du Dr Jeanne, qui résument, chaque semaine, de la manière la plus concise, comme aussi la plus substantielle, les questions d'actualité et donnent pour chacune, la conclusion pratique qui s'impose.

On pourrait certes développer plus longuement certaines de ces questions, mais l'article plus long n'en serait ni plus clair, ni plus concluant.

Dans la *chronique professionnelle*, vous voyez réunis ces sujets inépuisables : *Assistance médicale gratuite, déclaration des maladies épidémiques, secret professionnel, sociétés de secours mutuels, etc....*, c'est que, chaque jour, des faits nouveaux nous sont signalés, qui appellent l'attention du corps médical. Tantôt, c'est un abus contre lequel il doit se prémunir, tantôt, c'est une réforme qu'il convient d'étudier et de faire aboutir ; toujours, en tout cas, c'est la dignité et l'intérêt du médecin qu'il faut défendre contre les empiètements incessants des collectivités, qu'il s'agisse de l'Etat ou des sociétés privées.

Nous avons donné les résultats fournis par la première année de fonctionnement de l'Assistance médicale gratuite par toute la France et aussi dans certaines régions. Nous serions heureux que nos confrères voulussent bien multiplier leurs communications et nous adresser un plus grand nombre de documents.

L'*Assistance hospitalière* ne nous a pas moins préoccupés : nous avons protesté contre l'admission des personnes aisées dans les hôpitaux, qui ne sont pas faits pour elles ; nous avons aussi protesté contre le sans-gêne montré vis-à-vis du corps médical par certaines commissions administratives aussi autoritaires qu'incompétentes.

La question de la *dichotomie* est revenue en discussion : nous n'avons pu que maintenir nos conclusions antérieures et le Dr Jeanne, dans une magistrale étude de la question, a montré comment on pouvait la faire disparaître par l'établissement de tarifs convenables et d'une pratique qui est en vigueur dans d'autres professions ; à savoir la présentation d'une note commune d'honoraires par le médecin traitant et le consultant.

Quelques observations ont été présentées contre les chiffres proposés par le Dr Jeanne — il nous suffit de rappeler que son travail n'était qu'une étude, un canevas pour la discussion fructueuse au sein des syndicats, toujours libres de modifier, d'augmenter ici et là, de diminuer selon les circonstances spéciales où ils peuvent se trouver.

Les *prétentions des sages-femmes* qui, bientôt voudront en remontrer aux accoucheurs, nous ont paru quelque peu ridicules — chacun dans sa sphère et à sa place, c'est le premier précepte de la sagesse humaine.

Celles des *pharmaciens* ne sont guère plus plausibles, mais malheureusement, nos confrères législateurs en entrant dans les Chambres, paraissent oublier qu'ils ont été médecins, qu'ils ont eux aussi souffert des abus et des injustices; — en présence des rapports incroyables des commissions parlementaires, faut-il tant regretter que la discussion publique soit renvoyée aux calendes grecques et que la législation de l'an XI continue à régir la matière ?

Nos *œuvres de prévoyance* sont l'objet d'une propagande suivie dans nos colonnes : nous publions sur leur fonctionnement les détails les plus circonstanciés et donnons les procès-verbaux, rapports et documents divers, qui peuvent être utiles aux intéressés d'abord et ensuite à ceux qui se disposent à le devenir, en envoyant une adhésion qu'ils retardent nous ne savons — et eux non plus ne le savent pas — pourquoi.

Dans le chapitre *Jurisprudence*, nous continuons à donner les jugements, qui touchent par un point quelconque la profession médicale. Nos confrères pourront, le cas échéant, trouver dans le *Concours*, tous les documents qui pourraient leur être de quelqu'utilité.

Les *syndicats* nous adressent toujours leurs comptes rendus et nous nous empressons de les insérer, convaincus de l'intérêt qu'il y a pour tous, à constater le travail de quelques-uns. Sans doute, les résultats ne répondent pas toujours aux efforts de ces unions confraternelles — bien que nous ayons à enregistrer de temps à autre des succès véritables — mais les confrères syndiqués des autres régions ont toujours à gagner dans ces constatations, ils peuvent s'y prendre pour aplanir les difficultés d'une façon différente et profiter de l'expérience acquise.

A tous ces syndicats, nous témoignons notre gratitude et nous les engageons bien sincèrement à persévérer : syndicats départementaux du Loiret, du Cher, du Pas-de-Calais, d'Indre-et-Loire, de la Vendée, de Maine-et-Loire, de la Haute-Garonne, du Puy-de-Dôme, de l'Ariège, de la Vienne, de la Sarthe, des Deux-Sèvres, etc... Syndicats régionaux de la vallée de la Meuse, des basses-Cévennes, du Sud-Finistère, etc. Syndicats d'arrondissements de Versailles, de Caen, de Cognac, de Pont-l'Evêque, de Domfront, de Reims, de Cholet, d'Epernay, de Bayonne, etc.., tous ont droit à notre reconnaissance et nous les assurons du plaisir avec lequel nous continuerons à accueillir leurs communications.

Sur la question de *l'Ordre des médecins*, en attendant que l'Assemblée générale du Concours se prononce, nous nous sommes bornés à enregistrer les communications pour ou contre, qui nous ont paru intéressantes : nous avons publié les divers projets d'organisation, qui ont vu le

jour et aussi quelques critiques dont ils ont été l'objet.

Nous ne serions pas complets, si nous ne disions un mot de la *petite correspondance* qui nous permet, en répondant directement à nos correspondants, de renseigner tous nos lectenrs sur les questions les plus diverses. Nous savons des confrères, qui commencent régulièrement la lecture hebdomadaire du journal par cette petite correspondance ; — rien ne nous a paru valoir comme encouragement cette constatation vraiment topique.

Sous le rapport professionnel, comme sous le rapport scientifique, nous nous sommes donc efforcés de maintenir au *Concours Médical* sa valeur accoutumée, et le rapide examen retrospectif, auquel nous avons dû nous livrer, pour la rédaction de ce rapport, nous fait croire que l'année écoulée n'aura pas été inférieure à ses devancières.

Nous espérons, chers confrères, que vous partagez notre conviction.

Le Comité de rédaction.

RAPPORT FINANCIER

Sur la situation de la Société civile du « Concours Médical »

CAPITAL INALIÉNABLE.

RECETTES.

Au 1er octobre 1896, l'avoir inaliénable de notre Société se décomposait ainsi :

Portefeuille	37.785 12
Espèces	55 83
TOTAL	37.840 95
Depuis cette époque 85 adhésions nouvelles à notre Société ont produit une somme de	838 00
versés à notre caisse par M. le Dr Cézilly et représentant la première année d'abonnement au journal *Le Concours Médical.*	
TOTAL	38.678 95

dont : espèces 893 83.

DÉPENSES.

Sur cette somme il a été acheté deux ob. Ville de Paris 1894-96, nos 135.173 et 135.174, au prix de	798 00
Notre capital inaliénable au 1er octobre 1897 est donc de :	
Portefeuille	38.583 12
Espèces	95 83
TOTAL	38.678 95

CAPITAL DISPONIBLE

RECETTES

Au 1er oct. 1896, l'avoir disponible était de	362 33
Depuis cette époque, notre portefeuille a produit en intérêts	1.080 28
Il a été reçu, dans le cours de l'année, en dons divers publiés au journal une somme de	138 95
Les droits perçus sur les remplacements se sont élevés à la somme de	254 85
Don du Dr Cézilly en 1896	500 00
TOTAL	2.336 41

DÉPENSES

Frais supplémentaires du banquet	759 75
Frais de réunion et déplacements	512 50
Payé à l'enregistrement pour droits sur les intérêts	9 06
Indemnité au secrétaire (4 trimestres)	50 00
Allocation votée en faveur des enfants de M. le Dr Lafitte (3e versement)	200 00
Impressions diverses	56 50
Droits de garde, timbre et divers	23 05
Payé au Comité Th. Roussel pour participation de la Société civile à la souscription	50 00
Cotisation à la Ligue de la Mutualité	10 10
Frais divers	2 20
TOTAL	1.673 16
Balance en faveur de l'actif	663 25
Ce qui porte l'avoir total de notre Société au 1er octobre 1897 à :	
Capital inaliénable	38.678 95
Capital disponible	663 25
TOTAL	39.342 20

Caisse de Prévoyance des assurés sur la vie.

Au 1er octobre 1896 :

Portefeuille	10.646 80
Espèces	342 62
Créance sur un membre participant	300 00
TOTAL	11.289 42

RECETTES

Intérêts de l'année courante	301 99

DÉPENSES

Achat d'une oblig. communale 1891, no 999.460	405 00
Achat 1/4 obligation Ville de Paris 1894-96, no 442.056	101 00
Droits de garde et de timbre	7 70
TOTAL	513 70

L'avoir de la Caisse de Prévoyance des assurés sur la vie se décompose donc de la façon suivante au 1er octobre 1897 :

Portefeuille	11.152 80
Espèces	30 91
Créance sur un membre participant	300 00
TOTAL	11.583 71

Projet de Budget pour 1897-98.

RECETTES

Avoir disponible	663 25
Revenu du portefeuille (environ)	1.091 75
Droits sur les remplacements	225 00
Dons probables	120 00
TOTAL	2.100 00

DÉPENSES

Frais supplémentaires de banquet..	800 00
Frais de réunion et déplacements..	500 00
4[e] annuité en faveur des enfants du Dr Lafitte...........................	200 00
Disponible à affecter en séance....	600 00
TOTAL ÉGAL.........	2.100 00

Le Trésorier,
Dr MAURAT.

Société Civile du « Concours Médical ».

Séance du Conseil de Direction du 21 *octobre* 1897.

Présents : MM. Cézilly, Gassot et Maurat.
Excusé : M. le docteur Gibert.

M. le docteur Jeanne est prié d'assister à la séance.

En réponse à la lettre de M. le docteur Legrain, président de la Société contre l'usage des boissons alcooliques, demandant si la Société compte verser chaque année la cotisation de 20 francs, qui lui avait été allouée par l'Assemblée générale de 1895, le Conseil décide que sur ce point l'Assemblée sera consultée.

Le Conseil procède à la lecture des rapports annuels. Il approuve le rapport du Conseil de Direction, le rapport du Comité de Rédaction, ainsi que celui du trésorier.

Le Conseil règle ensuite l'ordre du jour de l'assemblée générale. (Voir en tête du numéro).

Le Conseil étudie ensuite et met au point les détails de son nouveau projet d'organisation d'une société de protection et de défense professionnelle, qui sera soumis à l'assemblée générale.

Association amicale des Médecins Français

Séance du Conseil d'Administration du 21 *octobre* 1897.

Etaient présents : MM. Cézilly, Gassot, Jeanne, Maurat et Archambaud.

La séance est ouverte à 4 heures, sous la présidence de M. Cézilly, président.

Sont successivement adoptés les rapports de MM. Jeanne, secrétaire général et Gassot, trésorier.

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes.

Combinaison A.

MM. les Drs Palhier (Alphonse-Baptiste-Joseph), de Monistrol-sur-Loire (Haute-Loire).
Monteux Gabriel, de Marseille.

Combinaison B.

MM. les Drs Dubois (Emile), de Savonnières (Indre-et-Loire).
Desforges Louis, de Tuvernon (Loiret).

MM. les Drs Hervouet, de Paris, et Gilles, de Garches (Seine-et-Oise), contrôleurs, assistaient à la séance et ont examiné les comptes de M. Gassot, trésorier.

La séance est levée à six heures.

Le Secrétaire des Séances,
Dr Paul ARCHAMBAUD.

MÉDECINE PRATIQUE

L'art de formuler.

Parmi les trop nombreuses lacunes de l'enseignement médical à la Faculté de Paris, nous avons à cœur de signaler l'insuffisance de l'enseignement de l'art de formuler. « Les maîtres des Hôpitaux et de l'Ecole n'apprennent donc pas aux médecins à faire des ordonnances ? » disent souvent des pharmaciens non suspects de parti pris contre les médecins. Et de fait, il est bien rare de voir une ordonnance bien composée, facilement exécutable, sortir du cabinet d'un jeune docteur. Est-ce surprenant ? Evidemment non, car combien de nouveaux diplômés ont eu l'occasion de faire seulement une ordonnance complète, avant d'être livrés à eux-mêmes, en présence de la clientèle ? Les internes et externes des hôpitaux eux-mêmes (nous pouvons en parler par expérience personnelle) affectent un certain dédain pour la confection quotidienne du cahier de prescriptions et se contentent de mettre dans la case de chaque malade quelques caractères cabalistiques, tels que « Todd, Todd q. q., H. f. m., Salic. soude 6 gr., potion terpine 0.50, julep morphine, etc., etc. »

A la consultation, le plus souvent, on se sert d'ordonnances uniformes, toutes faites, polycopiées par un malade du service, ou l'on se borne à des prescriptions simples, peu coûteuses (cela se conçoit, puisqu'il s'agit *théoriquement* d'indigents), mais aussi, peu instructives. Il y a quelques rares exceptions à ces exemples généraux; mais que nos confrères, qui ont passé par les hôpitaux, veuillent bien nous contredire, si nous altérons la vérité. Or, si les élèves titulaires des hôpitaux sont si mal instruits, que doit-il se passer pour les bénévoles, stagiaires et adjoints, qui sont les plus nombreux ? Aussi, presque tous les jeunes médecins, même excellents cliniciens, sont-ils de médiocres thérapeutes, pharmacologues, ce qui leur cause bien des embarras et nuit fortement à leur réputation auprès des clients. Les élèves ont tellement entendu répéter aux leçons que les médicaments sont presque toujours illusoires et que la thérapeutique est une inutilité, qu'ils méprisent les ordonnances et formulent au hasard, sans réflexion. Aussi, que de formules ineptes ! que de prescriptions inexécutables ! que d'incompatibilités médicamenteuses ! Les uns donnent des potions trop compliquées, contenant à la fois tous les médicaments de l'arsenal tonique, ou stimulant, ou calmant; les autres donnent trop d'eau distillée et de solutions non buvables, que les malades les plus résolus ne peuvent avaler sans nausées épouvantables.

Certains essaient, par des efforts inouïs de mémoire, de reproduire des formules toutes faites, qu'ils ont entendues dans des cours ou lues dans des articles. Est-ce raisonnable ? Il faut savoir formuler, selon les circonstances, calculer ses doses selon chaque cas particulier et ne rien livrer au hasard. Le pharmacien doit n'avoir qu'à exécuter les prescriptions, sans être obligé de les redresser et sans avoir le droit d'ajouter le moindre commentaire.

I

DOSES DES MÉDICAMENTS.

« On appelle *dose*, la quantité pondérable de

médicament qu'il faut administrer à un adulte en une fois, ou en 24 heures, pour produire l'effet thérapeutique désiré.

La fixation des doses des agents thérapeutiques est un point important de l'art de formuler, car on sait que les médicaments ont des effets physiologiques qui varient d'intensité, et sont quelquefois même opposés, suivant les doses auxquelles on les emploie. Exemples : l'émétique est un contre-stimulant à la dose de 0.40 centig. à 1 gramme ; c'est un vomitif à celle de 0.05 centigrammes prise dans une grande quantité d'eau. Le calomel à doses de 0.02, 0.05 et 0.10 centigrammes est un altérant ; à la dose de 0.25, 0.50, 0.75 centigrammes, c'est un purgatif ; à la dose de 2 à 4 grammes, il provoque la salivation et ne purge pas. La rhubarbe est tonique à faible dose et purgative à dose élevée (1) ».

En général, il faut se défier des fortes doses, soit par crainte d'empoisonnements, soit par désir d'éviter l'absence d'effet favorable : ainsi l'ipécacuanha à forte dose échoue souvent comme vomitif, l'huile de riein à dose de 25 grammes purge mieux qu'à la dose de 45 grammes.

« L'action d'un médicament peut être influencée par un certain nombre de causes tenant au malade (âge, sexe, antécédents, état moral, tolérance et idiosyncrasie) ou dépendant du clim a dans lequel le malade vit.

« Plus un malade sera jeune, et moins les doses de médicaments devront être élevées ; passé un certain âge, il faudra diminuer les doses. Si nous prenons pour unité les doses maxima que l'on peut administrer à un adulte, pour savoir les doses à prescrire à des enfants ou à des vieillards, il faudra consulter la table suivante dressée par Gaubius :

De 20 à 60 ans	1
Au-dessous d'un an	1/16 à 1/20.
Au-dessus d'un an	1/15 à 1/12
Au-dessus de 2 ans	1/8
Au-dessus de 3 ans	1/6
Au-dessus de 4 ans	1/4
Au-dessus de 7 ans	1/3
Au-dessus de 14 ans	1/2
Au-dessus de 60 ans, suivre la gradation inverse.	

« Les observations précédentes ne sont point toujours rigoureusement exactes. Il y a, en effet, des médicaments qui sont bien plus facilement supportés par les enfants que par les adultes, le calomel, par exemple.

« Il faut aussi tenir compte du sexe, car les femmes sont en général beaucoup plus sensibles que les hommes à l'action des médicaments ; des antécédents et de l'état moral, de la tolérance et de l'idiosyncrasie du malade. Lorsqu'un individu a fait pendant longtemps usage du même médicament, son organisme finit par s'y habituer et, pour obtenir l'effet voulu, il faut élever progressivement les doses.

« Les divers malades ont une aptitude plus ou moins grande à ressentir les effets des médicaments ; quelques-uns sont d'une susceptibilité exagérée, d'autres entièrement réfractaires. Enfin, l'influence du climat doit être prise en sérieuse considération ; on sait, par exemple, que dans les pays marécageux on doit employer des doses de sulfate de quinine plus élevées que dans les pays secs (1) ».

Dans nos climats, on donne 0.75 centigr. à 1 gramme cinquante de quinine, mais dans les pays de paludisme, il faut aller jusqu'à 2 grammes, 3 grammes même.

En ce qui concerne le rhumatisme articulaire aigu on a parfois tort de ne donner que de faibles doses de salicylate de soude ; 4 grammes sont insuffisants chez l'adulte, il faut pousser à 6, 7 et 8 grammes d'emblée, par doses fractionnées.

L'iodure de potassium, à la dose de 0.25 et 0.50 centigr. par jour, est un altérant et un tonique cardio-pulmonaire. A la dose de 1 et 2 grammes, c'est un antiscrofuleux et un antisyphilitique, mais il est généralement beaucoup plus mal supporté qu'à des doses plus élevées, 8, 10, 12 et 15 grammes par jour ; car, à doses moyennes, l'iodure provoque des phénomènes d'iodisme.

II

ASSOCIATION DES MÉDICAMENTS.

Certains thérapeutes utopistes voudraient qu'on n'employât jamais que des médicaments simples, non associés, pour pouvoir, disent-ils, mieux juger l'effet ; mais, outre que l'association a l'avantage de doubler et de tripler les résultats toniques, purgatifs, calmants, etc., eette association rend plus supportables certains médicaments difficiles à prendre et à absorber.

« Aussi, tout en repoussant les idées polypharmaques des anciens pharmacologistes qui cherchaient, dans les associations bizarres de médicaments, à obtenir des panacées universelles, on peut dire qu'il est rationnel, pour augmenter les effets des médicaments, de les associer entre eux, afin d'obtenir, par cette association, ce qu'on appelle des effets synergiques.

« Les différents buts que l'on se propose en associant les médicaments entre eux, sont les suivants :

« *A.* — Augmenter l'action d'un médicament ;

« *B.* — Diminuer, prévenir ou même détruire l'action trop irritante d'un médicament ;

« *C.* — Obtenir en même temps l'effet de deux ou plusieurs médicaments ;

« *D.* — Obtenir, par le mélange de plusieurs substances, un remède nouveau dont l'effet ne pourrait être obtenu par chacun des composants pris isolément ;

« *E.* — Donner au médicament une forme appropriée.

« Le médecin doit, autant que possible, approprier la forme des médicaments au goût et aux caprices de ses malades, en masquer l'odeur et la saveur, tout en n'en sacrifiant pas l'efficacité. Cela explique l'emploi que l'on fait des correctifs, des substances édulcorantes (sucres, sirops, miels), aromates (hydrolats, odorants, huiles essentielles, alcoolats), destinés à masquer l'odeur et la saveur désagréables du médicament. Il importe aussi de prévenir la décomposition trop rapide du médicament : d'où

(1) La Formule médieale. Edm. Dupuy, Maloine, éditeur, Paris 1897.

(1) In Formule médicale d'Edm. Dupuy.

l'emploi des préparations composées alcooliques, vineuses, éthérées. Enfin, on doit faciliter l'action du remède ; citons, comme exemple, l'emploi de l'axonge et de l'iodure de potassium dans la pommade iodurée. »

C'est un véritable talent que de savoir combiner les préparations et potions, de manière à les rendre aussi agréables que possible ; l'anis, la menthe, le citron, l'orange, la vanille, le laurier cerise, le thé, le café, le chocolat, la framboise, etc., habilement additionnés à une formule officinale, masquent bien des goûts nauséeux, des saveurs âcres ou brûlantes, et sans augmenter beaucoup le prix des médicaments, les rendent presqu'agréables pour les personnes pusillànimes et les enfants.

Ainsi, l'iodure de potassium se masque bien par l'anis et l'anisette (Fournier) :

Iodure de potassium.......	25 gr.
Anisette de Bordeaux.......	150 gr.
Sirop simple..............	350 gr.

La menthe masque le goût du chloral, de l'antipyrine, des alcalins.

L'orange masque le goût des bromures.

Le citron s'allie avec avantage au fer, à la magnésie, aux acides (HCl, tartrique, sulfurique).

Le laurier-cerise aromatise les émulsions gommeuses d'huiles (ricin, morue, etc.) et les potions aux alcaloïdes.

Les diurétiques et les toni-cardiaques peuvent être pris dans du café noir ou du thé.

Les anthelminthiques dans du chocolat, etc., etc.

Il faut prendre bien soin dans les associations médicamenteuses d'éviter les *antagonismes* : la digitale et l'opium, l'atropine et la morphine, la strychine et la morphine, l'atropine et l'ésérine, l'ergotine et l'apioline, etc., sont des types de médicaments antagonistes. Cependant, M. Dujardin-Beaumetz prétendait qu'il n'y avait, au point de vue thérapeutique, comme au point de vue toxique, aucun antagonisme réel entre les médicaments ; mais qu'au contraire, leurs effets se surajoutaient. Il formulait même, à cet égard, la loi thérapeutique suivante : « Lorsqn'un médicament a produit son action sur les centres nerveux, un autre agissant sur le même point ne peut produire son action. On peut même aller plus loin et dire : pour qu'un médicament agisse sur les cellules où doit porter son action élective, il faut que ces cellules soient saines. »

Quoi qu'il en soit, il vaut mieux éviter les médicaments qui se contrarient, parce qu'on agit alors à l'aveugle et qu'on ne sait quel est celui qui prédominera sur les autres.

En ce qui concerne la tolérance et l'intolérance pour certains médicaments, chaque sujet présente des bizarreries très remarquables ; en général, les nerveux et les hystériques réagissent, d'une manière imprévue, à bien des médicaments connus. Il faut tenir compte d'ailleurs de la suggestion dans beaucoup de ces phénomènes réactionnels et s'ingénier, quand on fait une prescription, non pas à écrire illisiblement, comme on le fait trop souvent, mais à masquer le véritable médicament actif à l'attention du sujet, par une escorte bien fournie de médicaments anodins, qui seront toujours considérés comme importants par le malade le plus méfiant.

Exemple :

Teinture de gentiane...........	2 gr.
Teinture de rhubarbe........	1 gr.
Citrate ammoniacal de fer......	0.15 centigr.
Bromure de potassium........	10 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères........................	50 grammes.
Alcoolatures de zestes d'oranges	V gouttes.
Aqua stillata..................	100 grammes.

Cette préparation compliquée est un trompe-l'œil destinée à masquer tout simplement le bromure de potassium qui est souvent nécessaire et que les malades nerveux refusent fréquemment par préjugé. On leur « *dore la pilule* » en leur faisant croire qu'on va les fortifier avec du fer, de la gentiane, de la rhubarbe, et on glisse sur le bromure qui, dans cette potion est le seul médicament actif.

Il est bien certain cependant, qu'en dehors de la suggestion, il existe une notable proportion de personnes qui ne supportent pas certains médicaments tels que l'iodure de potassium, l'antipyrine, l'aconit, la morphine, etc.

III.

INCOMPATIBILITÉ DES MÉDICAMENTS.

« Dans l'association des médicaments, il est indispensable de ne pas mélanger ensemble les substances qui peuvent donner lieu à des incompatibilités.

« On dit qu'il y a incompatibilité entre deux ou plusieurs substances, lorsque ces substances peuvent constituer, par leur association, un mélange défectueux, soit pour la forme, soit pour les résultats physiologiques auxquels son administration donnerait lieu.

« On distingue trois sortes d'incompatibilités : pharmaceutique, physiologique, chimique.

« INCOMPATIBILITÉ PHARMACEUTIQUE. — On prescrit parfois des substances qui ne peuvent pas se mélanger, ou qui ne peuvent pas se dissoudre dans un véhicule donné, ou qui ne permettent pas d'obtenir la forme pharmaceutique désirée ou qui, placées dans certaines conditions, ne peuvent pas développer les principes actifs qu'elles renferment.

« C'est là ce qu'on appelle commettre une incompatibilité pharmaceutique ou, comme on le dit quelquefois, commettre une erreur dans le mécanisme de la prescription. Une faute de ce genre est plus nuisible à la réputation du médecin qu'à la santé du malade, mais elle doit être évitée avec soin. Citons quelques exemples pour faire comprendre ces erreurs :

« On n'ordonnera pas le camphre uni au copahu sous forme de pilules, sans y joindre un intermédiaire, car loin d'obtenir une masse pilulaire on n'aurait qu'un mélange de consistance sirupeuse. Le calomel ne sera pas prescrit dans un véhicule aqueux, puisqu'il est insoluble dans l'eau. On ne doit pas, en général, faire entrer de liquide dans la composition des pilules. On ne prescrira pas d'argenter les pilules contenant du mercure, de l'iode, etc. (1). » On évitera de mettre en cachets l'antipyrine et le salicylate de soude, car le mélange est déliquescent ; on ne donnera pas à dissoudre du menthol dans l'eau

(1) Edm. Dupuy, loco citato.

distillée, de l'iodure de potassium dans du sirop de quinquina pur, de la quinine dans une potion, de l'acide phénique ou du sublimé dans l'eau distillée ; on ne formulera pas une trop grosse dose de poudres, quand on écrira de la mettre en un cachet ou en une pilule.

Incompatibilité physiologique. — Cette incompatibilité dépend surtout de la susceptibilité particulière de chaque sujet.

Les uns sont d'une susceptibilité exagérée, les autres sont réfractaires à l'action de tel ou tel médicament.

« Outre l'incompatibilité physiologique résultant de l'idiosyncrasie des malades, il existe aussi une autre incompatibilité résultant de l'action générale du médicament sur l'économie. On ne prescrira pas en même temps des substances antagonistes, c'est-à-dire des substances qui exercent leur action sur les mêmes organes ou les mêmes appareils, mais qui agissent dans une direction diamétralement opposée.

« Incompatibilité chimique. — Ce groupe est le plus important de tous, car il donne lieu à des erreurs qui peuvent non seulement compromettre la réputation du médecin, mais encore faire courir aux malades de graves dangers et causer quelquefois la mort.

« Cette incompatibilité résulte de l'action chimique que deux ou plusieurs médicaments mêlés ensemble exercent l'un sur l'autre ; il s'opère entre eux une véritable réaction, dont le résultat final est un changement dans leur composition ou dans leurs propriétés réciproques. »

Cette réaction s'effectue de diverses manières : tantôt deux substances en présence réagissent en se cédant mutuellement un de leurs principes constituants et forment soit un gaz, soit un composé insoluble.

Tantôt, les deux substances se décomposent et forment deux substances nouvelles différentes.

Tantôt, les deux substances se combinent et forment un composé nuisible ou de propriétés opposées à chacune des substances primitives.

« Pour en éviter la formation, le médecin doit se rappeler les règles générales des incompatibles, règles toutes chimiques et qui, pour la plupart, ne sont que le résumé des belles lois de Berthollet. Voici ces règles :

1° Toutes les fois que deux sels à l'état de dissolution peuvent, par l'échange de leur base et de leur acide, former un sel soluble et un sel insoluble, ou bien deux sels insolubles, la décomposition est forcée, à moins que le sel soluble et le sel insoluble puissent, en se combinant, donner naissance à un sel double, ce qui est rare.

2° Si deux sels solubles, ou un sel insoluble et un sel soluble peuvent, par leur contact, donner naissance à deux sels insolubles, la décomposition est également forcée.

3° Si on mêle les solutions des deux sels qui ne peuvent donner naissance à un sel soluble et à un sel insoluble, le mélange ne sera pas troublé ; le plus souvent, il n'y a même pas décomposition, mais elle peut cependant se produire quelquefois.

4° Si on mêle un sel quelconque avec un acide, une décomposition est presque certaine.

5° Les sels à acides faibles ou gazeux sont toujours décomposés par les acides forts.

6° Les oxydes alcalins, en contact avec les sels des métaux des cinq dernières familles ou avec les sels à bases organiques, les décomposent en précipitant leurs bases.

7° Les oxydes métalliques, en contact avec les acides, s'y combinent et donnent lieu à des composés nouveaux dont les propriétés sont quelquefois très différentes.

8° Les substances végétales tannifères précipitent l'albumine, la gélatine, les alcalis végétaux et la plupart des sels des métaux des cinq dernières familles (1). »

Ainsi les ferrugineux ne sauraient être prescrits avec le quinquina, le ratanhia, le tannin.

Cependant, le citrate ammoniacal de fer peut donner une potion limpide avec le sirop de gentiane, le sirop d'écorces d'oranges et même les vins pharmaceutiques.

De même, l'extrait de quinquina ne saurait entrer dans la composition d'un julep gommeux sans former un précipité insoluble et inabsorbable.

Les règles générales, que nous venons d'indiquer, ne suffisent pas toujours pour prévoir les différentes, incomptabilités, qui peuvent se produire dans l'association des médicaments ; mais il est possible de suppléer à ces règles en consultant la liste des substances incompatibles, liste mentionnée dans les différents formulaires.

Il faut manier aussi avec grande circonspection les substances chimiques détonantes, telles que le chlorate de potasse, l'iode et l'ammoniaque, les permanganates, l'acide nitrique, la trinitrine ou nitro-glycérine, l'acide sulfurique concentré, les composés d'argent, le chlorure de chaux, le soufre et l'ammoniaque, l'acide chromique et les bichromates. Exemples :

« On prescrit souvent des gargarismes au chlorate de potasse associé au benzonaphtol, à l'acide salicylique, au thymol, au benzoate de soude.

« On ne doit confectionner ces gargarismes qu'à la condition de diluer convenablement le mélange et en se gardant bien d'y associer de la glycérine ou de l'alcool. On cite, en effet, des cas où des mélanges de solutions aqueuses de ces sels, avec des liquides inflammables, ont provoqué une réaction très vive, par suite d'une élévation de température fort peu considérable (la fiole contenant le liquide ayant été mise en poche, par exemple).

« Pour éviter tout accident, il est quelquefois plus simple, lorsqu'on se trouve ainsi en présence de matières dangereuses, de délivrer les deux médicaments séparément.

« Ce qui a été dit du chlorate de potasse s'applique également au chlorate de soude et en grande partie à l'iodate de potasse, beaucoup plus rarement employés en médecine. »

— Pour préparer un mélange caustique contre la carie des dents, composé d'acide nitrique, chloroforme et créosote, parties égales, il faut mélanger d'abord la créosote et l'acide nitrique et quand la réaction est terminée, ajouter le chloroforme goutte à goutte.

« A l'incompatibilité chimique, se rattache une question très importante sur laquelle nous croyons devoir insister : nous voulons parler des réactions qui peuvent avoir lieu par suite de l'ingestion d'un médicament, après un autre médi-

(1) Edm. Dupuy.

cament, même après quelques jours d'intervalle. Il ne suffit pas, en effet, d'administrer en même temps deux médicaments incompatibles pour que la réaction se produise, il suffit qu'on les donne à un court intervalle. Ainsi, un malade, soumis à un traitement saturnin externe et même interne, présentera une coloration de la peau, si on lui fait prendre un bain sulfureux quatre ou cinq jours après que le traitement plombique aura été supprimé. Si un malade, après des frictions d'onguent napolitain, vient quelque temps après à se frictionner avec de la pommade iodurée, il y aura formation d'iodure de mercure et de potasse caustique, et celle-ci déterminera une vésication sur la partie frictionnée. Si l'on administre une prescription d'iode après du calomel, il y aura formation d'iodure mercureux au sein de l'économie. Si, quatre ou six jours, après avoir administré l'oxyde blanc d'antimoine, on fait prendre de la limonade tartrique, il y aura production d'émétique et des nausées et même des vomissements se manifesteront.

« Pour expliquer ces faits, il faut admettre, dit Dorvault, que les agents thérapeutiques, avant d'être éliminés, séjournent un temps plus ou moins long dans l'organisme. L'expérience chimique a, en effet, *constaté que* l'on pouvait encore trouver l'iodure de potassium dans les urines, trois jours après son ingestion ; que les sels d'antimoine s'y retrouvaient huit ou dix jours après la cessation d'un traitement par ces composés.

« Malgré ce que disent certains auteurs, il ne faut pas attacher un sens trop absolu à l'incompatibilité chimique et considérer comme incompatibles toutes les substances qui, par leur association, peuvent donner naissance à un composé insoluble. »

Certains précipités agissent dans le même sens qu'une solution limpide.

« Il est des cas où le médecin peut juger convenable d'associer deux ou plusieurs corps qui se décomposent mutuellement ; mais il doit alors, dans l'intérêt de sa réputation, indiquer qu'il a prévu la décomposition qui va se produire : c'est ainsi que l'on associe souvent l'acétate neutre de plomb avec le sulfate de zinc et le laudanum.

« Comme dernière règle, à l'égard des incompatibilités chimiques, nous dirons qu'il ne faut pas mettre les substances acides, l'émétique, le sublimé, etc., dans des vases de cuivre, de fer, de plomb, de marbre, mais employer des vases de verre ou de porcelaine. »

En ce qui concerne les divergences d'opinions au sujet des sels de potasse et des sels de soude, elles ne peuvent s'expliquer que par les idiosyncrasies de certaines personnes pour les sels de potasse. En général, les sels de potasse sont plus actifs que les sels de soude, tels l'iodure, le bromure, le chlorate. L'iodure de sodium ne doit être employé que chez les cardiaques et les emphysémateux. L'iodure de potassium seul est vraiment actif contre l'athérôme, la scrofule, la syphilis (Briquet, d'Armentières).

Quant au chlorate de soude, nous le préférons au chlorate de potasse, parce qu'il est dix fois plus soluble et qu'il n'est pas toxique, ce qui est un grand avantage chez les enfants. Son action est certainement aussi puissante à double dose.

Une dernière observation à propos des empoisonnements médicamenteux :

Lorsqu'on rédige une ordonnance il faut : 1° exiger le silence autour de soi et ne pas répondre aux questions que, trop souvent, les personnes présentes éprouvent le besoin de faire ; 2° Il faut écrire lisiblement et marquer les petites doses, en toutes lettres, au besoin même les souligner. Exemple :

Chlorhydrate de morphine... un centigramme
Eau distillée.................... 10 c. c.

3° Il faut indiquer en tête de l'ordonnance s'il s'agit d'un petit enfant, d'un enfant, ou d'un adulte.

4° Enfin, il est important de ne pas dépasser les doses indiquées par le Codex ou les bons formulaires, et d'écrire avec quelques détails la manière de prendre la préparation indiquée.

Après cela, s'il survient un empoisonnement, l'on peut être tranquille ; la Justice ne saurait poursuivre ; car il y aura eu de la part du malade ou imprudence ou susceptibilité particulière impossible à prévoir.

Dr Paul Huguenin.

REPORTAGE MÉDICAL

Le Dr Laporte condamné. — A la stupéfaction de tous ceux qui ont suivi les péripéties de cette affaire, notre confrère a été condamné. C'est la guerre déclarée au corps médical par la magistrature. Nous n'en sommes émus que par l'infortune particulière du médecin frappé, car, bien décidés à continuer leur devoir, les opérateurs feront de la sentence provisoire tout le cas qu'elle mérite. Aux yeux de tous, le scandale médical s'est évanoui, tandis que le scandale judiciaire reste : or, l'honneur de la Justice veut qu'à son tour celui-ci soit condamné, et passe au rang des mauvais souvenirs.

Nous avons remis à M. le docteur Laporte, le 27 octobre, la somme de *Cent francs*, souscription du Syndicat de Lille et le texte de la délibération du Syndicat qui l'accompagnait.

Nous avons également remis à M. le docteur Laporte la souscription de *Cinquante francs*, de M. le docteur Lemaire, du Tréport (Seine-Inférieure), dont nous publierons la lettre d'envoi, très intéressante.

— *La lèpre.* — La conférence internationale de la lèpre s'est réunie à Berlin sous la présidence du professeur Virchow. Plus de 150 médecins de tous pays assistaient à la séance d'ouverture. M. le Dr Besnier, président de la section française, a invité la conférence à tenir une réunion à Paris en 1900.

— *Le legs Marjolin.* — L'Association générale des Médecins de France vient enfin d'être mise en possession, par décret du Président de la République, du legs Marjolin qui augmente d'une façon importante les ressources de la Société

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4203.— M. le docteur *Sollier*, de Boulogne-sur-Seine (Seine), présenté par M. le Directeur.

N° 4204.— M. le docteur *Bidan*, de Paris, présenté par M. le Directeur.

N° 4205 — *M. le docteur Laporte, de Paris, présenté par le* **Conseil de Direction.**

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 45 6 Novembre 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Convocation pour les Assemblées générales et le Banquet

du « Concours Médical » et de l'Association amicale.

C'est le dimanche 14 novembre, au restaurant Marguery, 36, boulevard Bonne-Nouvelle qu'auront lieu :

1° A 2 heures, l'Assemblée générale de l'*Association amicale* ;

2° A 4 heures, l'Assemblée générale du *Concours médical* ;

3° A 7 heures, banquet du *Concours médical* et de l'*Association amicale.*

Il est absolument indispensable qu'on nous avise, *de suite*, de sa présence en vue, des dispositions à prendre pour le banquet, dont la cotisation est fixée à 10 francs, la Société du « *Concours* », prenant à sa charge le supplément des frais, qui dépassent 15 francs par convive.

LES MÉDECINS ET LA CONDAMNATION LAPORTE

L'émotion provoquée dans le corps médical par la condamnation de M. le Dr Laporte et par la teneur si étonnante du jugement, dont le président Richard a eu à donner lecture, nous a valu une avalanche de protestations auxquelles nous devrions donner place aujourd'hui. Articles de fond, simples lettres, démonstrations *ab absurdo*, tout cela concourt à démontrer l'innocence du Dr Laporte, et le ridicule de la théorie que les magistrats de la neuvième chambre ont essayé de mettre sur pied ; mais il faut nous borner.

Nous donnerons donc successivement la parole à quelques-uns de nos lecteurs et collaborateurs, mais non sans les avoir remerciés de l'effort individuel fait dans l'intérêt commun.

L'affaire Laporte.

appréciée par un accoucheur des hôpitaux.

Elle n'est pas terminée, puisque heureusement notre confrère fait appel du jugement qui l'a condamné ; car, malgré l'application de la loi Bérenger, il y a condamnation. Celle-ci était inutile pour mettre en émoi le corps médical : l'arrestation, les poursuites avaient suffi pour nous alarmer tous. Les faits concernant cette affaire sont aujourd'hui suffisamment connus pour qu'il soit permis de les apprécier et d'en tirer quelqu'enseignement.

L'arrestation de Laporte était légale, au sens strict du mot, mais elle était aussi inutile, aussi injustifiée que légale. Le 14 octobre, à la réunion de la Société médicale du IXme arrondissement, notre collègue Berthod—dont l'intervention comme président du syndicat des médecins de la Seine a été si efficace pour obtenir la mise en liberté— a exposé en termes expressifs les motifs pour lesquels l'arrestation du docteur Laporte a été maintenue pendant plusieurs jours. Nous avons tous été péniblement impressionnés, en écoutant l'énumération des arguments donnés à Berthod par le juge d'instruction qui ne voulait pas remettre Laporte en liberté. Voici ces arguments (1) :

« *a*) Il fallait un gîte au docteur Laporte ;
b) Le susdit pouvait filer ou se tuer ;
c) Mis en liberté, il recommencerait ;
d) Il n'avait pas de caution, pas d'argent ;
e) Enfin et surtout, le juge pouvait, mais ne voulut pas. »

En un mot, c'est l'application dans toute sa rigueur de la devise :« Tel est mon bon plaisir.»

(1) Voy. *Journ. de méd. de Paris*, 31 octobre 1897. Compte rendu de la séance de la Soc. méd. du IXe Arrond., page 528.

Et cependant, il ne faudrait pas être trop injuste vis-à-vis du juge d'instruction ; car, pour arrêter Laporte, il pouvait s'appuyer sur les « conclusions sommaires » du premier expert. Elles étaient ainsi formulées :

« Laporte, en pratiquant cet accouchement, a agi avec *imprudence*, *maladresse* et *inobservation des règles de l'art* ; il a ainsi involontairement causé la mort de la dame Fresquet. »

Ces conclusions n'étaient vraiment pas faites pour inspirer la prudence au juge d'instruction. Il est vrai que, de lui-même, ou plutôt de concert avec l'expert technique, qui lui fut adjoint, le premier expert n'a pas craint de se déjuger, en disant, dans un troisième rapport, que Laporte avait « observé les règles de l'art des accouchements, en ce qui concerne les indications opératoires ».

Nous ne voulons pas, pour aujourd'hui, faire la critique des rapports des experts ; on sait quelles objections puissantes leur a spontanément et courageusement opposées le Pr Pinard, devant le tribunal. Plus récemment, notre collègue et ami, H. Varnier (1) en a fait, au point de vue scientifique, une critique aussi serrée qu'intéressante ; il termine cette critique en disant : « Et voilà comment se fait à Paris, en l'an de grâce 1897, une expertise médico-légale ? Ne pensez-vous pas, comme nous, qu'une réforme s'impose ? »

C'est en se basant sur le rapport du premier expert, que le juge d'instruction a ordonné l'arrestation ; c'est en s'appuyant sur les dépositions de témoins incompétents que les juges ont prononcé la condamnation. Parmi les considérants de ce jugement il en est quelques-uns qui sont tout spécialement faits pour nous surprendre. On reproche, en effet, au Dr Laporte d'avoir fait apposer à sa porte une plaque avec ces mots : « Médecin et accoucheur », alors, dit le jugement, qu'il n'avait rien moins que des connaissances pratiques en la matière ; qu'en dehors des opérations de cette nature qu'il avait pu faire à l'hôpital, alors qu'il était étudiant, il n'avait opéré, depuis 1896, que deux accouchements ; que, pour ceux-ci, l'application du forceps n'avait pas été nécessaire ;

Attendu, d'autre part, qu'il n'avait jamais fait de craniotomie ; qu'ainsi sa pratique des opérations obstétricales était presque nulle...., etc., etc. »

Ainsi, d'après le jugement, un médecin ne serait vraiment en droit de pratiquer une opération obstétricale qu'à la condition d'avoir fait un nombre suffisant d'accouchements l'année précédente et d'en avoir terminé plusieurs avec le forceps. Je me demande, dans quel état d'esprit vont se trouver désormais nos jeunes confrères, lorsqu'ils auront à pratiquer, pour la première fois, une opération, puisque le seul fait de n'avoir pas débuté par la dixième intervention constitue déjà une charge contre eux, au cas où surviendraient des complications mortelles post-opératoires. N'est-il pas à craindre (2) — *dans certains cas spéciaux* — qu'en présence d'une malade ayant besoin d'une opération urgente et grave, ainsi que cela se présente souvent en obstétrique, le médecin préfère s'abstenir plutôt que d'intervenir ?

(1) Revue pratique d'obstétrique et de Pédiatrie, octob. 1897.

(2) Cette crainte s'est déjà réalisée dans un cas que je connais et que je publierai quand j'en aurai reçu l'autorisation du confrère intéressé, dont j'approuve pleinement la conduite dans la circonstance.

Il est inutile que l'Etat continue de décerner des diplômes de docteur en médecine, si la possession du diplôme ne confère pas le droit d'exercer en toute liberté — et sans la crainte quotidienne du tribunal correctionnel — les diverses branches de l'art médical. N'est-il pas singulier de voir avec quel empressement un magistrat fait arrêter un médecin à qui l'on pourrait tout au plus reprocher non pas une faute, mais un *accident opératoire* qui n'est nullement prouvé ? N'est-il pas inquiétant de voir d'autres magistrats condamner ce confrère malgré les doutes qui persistent sur les véritables causes des lésions constatées ? Nous avons le droit d'être indignés, en comparant cette rigueur avec l'indulgence d'autres juges pour des charlatans, des rebouteurs poursuivis — avec quelles difficultés ! — pour exercice illégal de la médecine.

Nous ne voulons pas en ce moment insister davantage sur les côtés regrettables de cette affaire. Le Dr Laporte ne devait pas être arrêté, son arrestation ne devait pas être maintenue. La famille de la femme F. était en droit de lui intenter une action devant les tribunaux. Nous ne pouvons, en effet, nous soustraire à la responsabilité de nos actes vis-à-vis des malades. Mais, dans l'espèce, il appartenait à la famille de prouver qu'il y avait eu *faute lourde*, et cette preuve reste à faire. En tout cas, le Dr Laporte ne devait pas être condamné correctionnellement.

On a dit qu'ennuyé de tout le bruit causé par cette affaire — la faute en est à une certaine presse politique avide de scandales et qui, dès le premier jour, a grossi, comme à plaisir, certains détails de l'opération — le Dr Laporte hésitait à interjeter appel ; en réalité, il n'a fait connaître cette décision que dans les derniers délais. Nous devons le féliciter et le remercier d'avoir compris que le jugement de la neuvième chambre ne l'atteignait pas seul ; mais, qu'il constituait une menace grave dans l'avenir pour tous les médecins et *surtout pour tous les malades*. A cette preuve de solidarité professionnelle, qu'a donnée Laporte, en sacrifiant sa tranquillité personnelle à la nécessité de faire reviser le jugement, nous devons répondre en soutenant sa cause ; nous devons tous, faire nos efforts pour que de nouveaux juges, mieux éclairés, réforment ce jugement. Ils rendront — il le faut — à tous les médecins, la quiétude nécessaire au milieu des angoisses que nous cause si souvent l'acte opératoire urgent ; ils serviront ainsi la cause de la Justice et les intérêts de ceux qui souffrent.

Dr G. LEPAGE.

Le médecin et l'entourage.

Décidément, la Justice est une bien belle chose, Bridoison est un bien grand homme, et nous avons bien tort de nous étonner pour si peu. Qu'importe un honnête praticien incarcéré et déshonoré, qu'importe la science et le travail honnis et bafoués pourvu que les commères aient le dernier mot et que soit respectée et triomphante l'opinion des concierges du voisinage et d'une matrone de savoir douteux. Cet homme, certainement instruit et travailleur, ne pouvait à coup sûr qu'être un fou, puisqu'ainsi en avait décrété le rapport de police sous la sagace instigation de Pipelet Roi — il ne *devait*

pas savoir appliquer un forceps, puisqu'ainsi le voulait la sage-femme.

En vain, un Maître incontesté et impartial est venu témoigner, preuves et démonstrations à l'appui, de sa parfaite honnêteté comme homme et de sa réelle habileté de chirurgien, en vain le rapport des experts a été démontré — soyons polis — entaché de quelqu'exagération, en vain l'opinion publique — tardive à vrai dire — a fait justice, en plein tribunal d'une grotesque accusation, le Dr Laporte a été condamné et *le devait être*, non point seulement parce qu'il était accusé (c'est parfois une suffisante raison), mais parce que les voisines, le concierge et la sage-femme ne l'avaient pas trouvé de leur goût.

Je plaisante ? oh ! que non pas ! Il faudrait pour le croire n'avoir jamais vu de près le rôle de *l'entourage* dans une opération de ce genre à la campagne ou en ville d'ailleurs. Tous les confrères qui me liront retrouveront facilement le souvenir de tel accouchement et des commères y assistant, toutes empressées et bourdonnantes, chacune proposant quelque chose d'efficace (comme un cataplasme ou des sinapismes) et toutes, se retournant, Erymnies furieuses, contre le *jeune* médecin qui veut tenter quelque chose qu'elles ignorent et blâment naturellement.

Et la façon, combien simple et primitive de comprendre l'asepsie, voire la propreté, et l'indignation de cette intelligente cohorte lorsque le pauvre hère *gâche* trop de coton hydrophile — qui coûte cher — on ne se sert point 2 fois de la même serviette. Pensez-vous, ma chère ! 15 serviettes pour un accouchement ! Tout cela, il faut l'avoir vu pour comprendre l'écœurante et inégale lutte du praticien, surtout nouvel arrivant, contre l'ambiante imbécillité.

Au rebours, voyez un peu, médecins de campagne, mes chers Confrères, avec quelle sereine inconscience, environnée et favorisée par le respect des foules, opèrent ces excellents rebouteurs et ces mirifiques vendeurs d'universelles panacées qui pullulent en nos campagnes. Ah ! pour ceux-là, point de défiance, point même de marchandages, point surtout de dénonciations, au contraire ; vers eux les foules affluent, payent sans compter, et si quelque légitime plainte vient à se produire, c'est à qui de leurs victimes, ira les défendre devant le tribunal d'où ils sortiront, les pauvres, blancs comme neige, la tête haute, tout prêts à recommencer, forts de l'opinion des sots, laquelle est reine en notre beau pays de France.

En voulez-vous la preuve ? En ce moment sévit à 30 lieues de Paris, — ce n'est pas au bout du monde, que je sache, ni hors de portée de la Justice — un estimable curé, venu des lointains pays, et ce bon curé, moyennant finances, bien entendu, Charité bien ordonnée... vous rafistole en quelques séances tous les boiteux, bancals ou bossus, rompt des ankyloses dans des coxalgies, réduit des luxations, congénitales et autres, avec la même tranquillité qu'il mettrait à vous expédier un Pater. Et la ville où il a fondé son *Institut* (ça s'appelle comme ça simplement) ne désemplit pas, vend sa photographie et celle de sa sœur (??) à toutes ses vitrines et le prône comme le bienfaiteur... des hôteliers et aubergistes. Et cependant que notre malheureux confrère est condamné et publiquement insulté pour avoir légalement et *loyalement* exercé sa profession, l'abbé Chose sera quelque jour décoré — vous le verrez — pour avoir fait... tout le contraire.

N'est-ce pas que cela est édifiant ? Mangin est Dieu et Homais est son prophète. Inaugurons, mes chers Confrères, la Médecine des bras croisés, en attendant qu'il plaise à l'Esprit Saint, depuis si longtemps invoqué en une messe annuelle, de descendre — enfin — en l'austère hémicycle de nos chambres correctionnelles.

Dr Devoir.

L'entourage, voilà l'ennemi !

Nous sommes certain, d'exprimer sous ce titre l'avis unanime des médecins, et nous n'avions pas besoin de l'affaire Laporte pour en démontrer la vérité.

Les commères, prétentieuses, hostiles, même quand on ne les flanque pas à la porte, ont servi de base à l'accusation et ont trouvé auprès des magistrats plus de crédit que les gens compétents.

Leur témoignage a fait prime aux débats et notre malheureux confrère a succombé sous leurs coups... de langue.

A qui donc d'entre nous, n'arrive-t-il pas à chaque instant de pénétrer le jour ou la nuit dans la chambre d'une patiente remplie de curieuses qui *assistent* une accouchée, un blessé, un malade frappé d'un coup de sang, atteint de convulsions ou de coliques ? Ces femmes attendent l'arrivée du médecin qui décidément ne se presse pas, car voilà déjà au moins cinq minutes qu'on l'a envoyé chercher.

— Beaucoup trop d'infirmières ! dit celui-ci en entrant. — Il faut de l'air ! allons ! décampons !

Les mégères se retirent en... maugréant, et ne ménagent point leurs réflexions. Si ce médecin n'est qu'un brutal, c'est la moindre des choses. Les clabaudages vont leur train.

Ennemies donc, les voisines malveillantes.

Ennemies, la tante, la grand'mère, la belle-mère qui assistent à votre visite et qui ont *l'œil*.... sur vous.

Ennemie, celle qui a eu la même maladie, et à qui on faisait prendre ceci, au lieu de ce que vous donnez.

Ennemies, l'ancienne infirmière et la sage-femme qui vous critiquent sans vergogne.

Ennemi, le fils ou la fille qui trouvent que vous n'êtes point catégorique, qui veulent savoir *quelle est la maladie*, et mener cela plus rondement.

Ennemis, les amis du patient qui ont ouvert un livre de médecine, connaissent tout, demandent des explications, le pourquoi, le comment, discutent, ergotent, conseillent.

Ennemi aussi, celui ou celle qui voyage et qui écrit à la mère d'un enfant malade en lui disant : demandez-donc à votre médecin s'il a fait ceci, ce qu'il pense de cela, s'il ne vaudrait pas mieux agir comme on a fait pour le mien dans le même cas.

Ennemi, le client d'un confrère qui, apprenant que cela va *doucement*, dit : vous devriez voir un tel... demander une consultation....

Ennemi, celui qui vous attend à la porte pour vous demander comment cela va, vous arrête longuement, et va raconter partout que *ça traîne*, que ce malade chronique devrait aller aux eaux, à tel endroit....

Ennemis, le curé, la sœur qui visitent le malade, et mielleusement lui disent : vous devriez prendre mon..... ours, ça irait mieux

Combien il en a d'ennemis, le médecin !

Ah ! si le juge d'instruction Bertulus et le Président Richard avaient éprouvé les émotions du praticien en face d'un drame d'accouchement !

— S'ils avaient vu le médecin dans la nécessité d'envoyer à l'hôpital une femme auprès de laquelle il a été appelé la nuit par un temps affreux, — impuissant devant une situation irrémédiablement perdue !

— S'ils entendaient les cris de détresse de la famille et de la patiente à ce mot d'hôpital !

— S'ils avaient idée des difficultés à vaincre pour faire comprendre à tous où est le véritable intérêt, la seule chance de salut !

Si le public connaissait les soucis, les transes du médecin, écrasé sous le poids des responsabilités morales.

— S'il voyait sa conscience tourmentée par la crainte de mal faire, ses insommies lorsqu'après avoir installé la patiente dans une voiture d'ambulance, il retourne à son lit d'où, par la pensée, il suit la voiture sinistre et la malheureuse sur son calvaire !.. arrivera-t-elle vivante ?... le transport ne l'achèvera-t-elle pas ?

— Si le public n'ignorait pas la somme d'énergie morale nécessaire au médecin, le sang-froid, la confiance, dont il a besoin pour mettre en œuvre toutes ses forces vives, toutes ses facultés d'action pour le plus grand bien du malade.

— S'il connaissait ses joies lorsqu'il réussit et ses tristesses lorsqu'il échoue !

Comme *tous*, le laisseraient paisiblement accomplir sa tâche laborieuse et le considéreraient au lit du malade comme un prêtre à l'autel. Comme tous s'inclineraient devant la sincérité de son dévouement, la bonté de son cœur, l'élévation de ses sentiments, la pureté de ses intentions et baiseraient sa main avec gratitude et respect.

Et cette force, si nécessaire au médecin dans l'exercice de sa mission sublime, la voila méconnue, reniée, bafouée, battue en brèche par les magistrats eux-mêmes !

L'indignation monte aux lèvres, et le premier cri qui s'échappe, justifié par l'ingratitude du client et l'aveuglement du juge, est : « qu'ils meurent ceux à qui il restait encore un espoir ! »

Mais, pauvre médecin, ton indignation s'apaisera, et ta conscience restera droite et honnête !

Te voilà déjà courant où le devoir et l'humanité t'appellent, ne songeant pas plus à la prison qu'à la fatigue et à la contagion qui t'attendent !

Ivry, 24 octobre 1897.

Dr Courgey.

Le Tréport, le 25 octobre 1897.

Mon cher Confrère,

Qui de nous, en jetant un regard en arrière, ne retrouve pas, dans un coin plus ou moins oublié, une mort qu'il eût pu peut-être conjurer, s'il avait agi autrement qu'il n'a fait. Tous nous avons été plus ou moins exposés à une affaire Laporte et peut-être ne l'avons-nous évitée, ceux qui comme moi ont soixante ans, que parce que nous avons débuté à une époque où les médecins pouvaient vivre honorablement, où l'on ne trouvait pas un journaliste à tous les trous de serrure.

Ci-inclus un billet de cinquante francs que je vous prie de faire parvenir au Dr Laporte de la part du Dr X...

Agréez,

A. Lemaire.

Notre confrère nous excusera si nous avons jugé utile de ne pas respecter son anonymat.

Mon cher Confrère,

Je lis, dans le dernier numéro de la *Semaine médicale*, que la prévention reproche, entre autres choses, à M. le Dr Laporte d'avoir choisi une aiguille *non rectiligne* pour pratiquer la craniotomie.

Or, si je préfère, avec le plus grand nombre des accoucheurs, un perforateur rectiligne, — et celui que j'ai fait construire est ainsi fait, — il n'en est pas moins vrai que le médecin est autorisé à se servir d'un instrument courbe.

Voici, sur ce point, trois citations seulement, mais il serait facile, je crois, de les multiplier :

« On pourrait reprocher aux ciseaux droits de mal s'adapter à la direction curviligne du vagin. Aussi ces ciseaux ont-ils été parfois courbés, tantôt sur le plat, tantôt sur le bord, comme on le voit sur différents modèles appartenant à Smellie, Denman, Naegelé, Müller, Busch.» (Tarnier, article *Embryotomie* du ***Nouveau** Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.)*

« Cependant, un perfectionnement était encore utile. Simpson s'en est chargé en donnant à son perforateur, plus fort que celui de Blot, une courbure sur le plat, destinée à s'adapter à l'axe de l'excavation. » (Verrier. *Manuel pratique de l'art des accouchements*, 3e édition, page 523.)

Enfin, le perforateur-trépan de Liesnig, modifié par le professeur Braun, présente une direction courbe dans son axe. (Catalogue Mathieu.)

Veuillez agréer,

Dr Breucq (de Bayonne).

Cher Directeur,

C'est le triomphe du commérage. Ce serait très drôle si ce n'était en même temps inique !

Les vrais juges de cette affaire sont deux commères, qui, d'une pièce voisine, ont regardé par la porte entrebâillée. Elles ont regardé quoi ? Une opération chirurgicale. C'est-à-dire un acte de la plus haute importance comme de la plus grande délicatesse et au sujet duquel elles n'ont pas même l'ombre d'une connaissance.

Tout comme les Juges !

Une seule personne présente avait quelque qualité pour parler : la sage-femme. Or, le Président du tribunal correctionnel n'a pas retenu ce qui, dans sa déposition, était favorable au Dr Laporte.

Il a, de même, par l'opposition des bonnes femmes au Prof. Pinard, rejeté les explications et la défense de ce maître.

Enfin, il n'a compris de l'expertise médico-légale que ce qui pouvait servir à accuser un médecin.

Inclinons-nous devant le soutien du commérage !

C'est dans nos habitudes d'être jugés à tort et à travers par les commères imbéciles. Nous haussons les épaules et nous passons outre.

Le Juge mérite plus qu'un haussement d'épaules, à cause de son rang social, où il pourrait être noble et où il devrait être juste !

N'oubliez pas, ô mes Confrères, qu'une avulsion de dent, chez un hémophile, peut causer la mort par hémorrhagie. Et dans ce cas nous serons tous d'autant plus coupables que nous n'aurons prévenu de cette possibilité ni le client, ni sa famille. Nous n'aurons sans doute pas songé non plus — bien qu'employant des instruments aseptisés — à faire, avant l'opération, un lavage antiseptique de la bouche du patient.

Alors ?........

Faut-il donc devenir abstentionnistes et déposer bistouris et daviers ?

Non pas. L'oppression antiscientifique, d'où qu'elle vienne, doit être combattue et vaincue.

La Ferté-sur-Aube (24 octobre 1897).

Dr Decornet.

Meung-sur-Beuvron, le 28 octobre 1897.

Très honoré Confrère,

L'arrestation du Dr Laporte a produit sur moi l'effet ressenti par le corps médical entier, c'est-à-dire une profonde stupéfaction : la condamnation m'amène à dire aux juges de la 9e Chambre :

Vous n'aviez pas le droit de condamner le Dr Laporte : 1° parce que la loi régissant la médecine s'y oppose ; 2° parce que vous étiez incompétents.

Pour ce qui est de la loi, je n'en dis pas plus long. Les juges doivent la connaître. Quant aux confrères, qui ne l'ont pas approfondie, ils n'ont qu'à relire les divers textes, depuis que les pouvoirs se sont occupés de nous et ils se convaincront facilement que jamais il n'a été question de nous faire considérer comme des malfaiteurs, pas plus qu'il n'est question de cataloguer les pharmaciens comme empoisonneurs, parce qu'ils débitent des substances toxiques.

En ce qui touche la compétence, je suis dans mon élément.

Sans pièces en mains, sans connaître un mot du procès, je déclare qu'il a été mal conduit, et, s'il a été mal conduit, c'est que le Procureur et le Juge d'Instruction s'aventuraient sur un terrain inconnu. Le Tribunal mal renseigné pouvait-il rendre un Jugement ? Non, mille fois non.

Si l'affaire avait été bien conduite, voici la question qui devait être posée aux experts.

La péritonite, dont est morte la femme X... est-elle

une conséquence des manœuvres du Dr Laporte ou préexistait-elle à sa venue ?

La nécropsie, les constatations, les expériences qui ont été ou vont être faites, tout cela est complètement en dehors de la question.

Mais si le Dr Laporte ou l'un de ses assistants peut se rappeler que la femme opérée a eu des frissons avant l'accouchement, que le pouls était précipité, la femme brisée par la douleur, la peau sèche et chaude ; qu'après la délivrance elle n'a pas éprouvé un immense soulagement et le besoin de repos, je proclame à la face des accoucheurs du monde entier que la femme était atteinte de péritonite avant l'opération et que, même dans ce cas, le Dr Laporte devait agir.

Cette affaire étant la nôtre à tous, je passe la plume à un autre confrère, afin que de nos observations compulsées, il résulte pour l'Avocat un dossier d'une richesse incomparable où il pourra puiser sans tarir.

Veuillez agréer.

P. Nouet.

La presse médicale a été unanime dans ses appréciations, sympathisant avec le Dr Laporte et jugeant la sentence comme elle mérite de l'être. Nous ne citerons donc pas tel organe plutôt que tel autre dans cette revue d'ensemble, puisqu'ils ont également bien mérité de la profession.

Mais un certain nombre de Sociétés dont la réunion coïncidait avec ces tristes événements nous ont fait parvenir le texte des ordres du jour par elles votés à l'unanimité. Ce sont de précieux et éloquents témoignages de solidarité que nous avons le devoir de grouper en bouquet pour les présenter à notre malheureux confrère, en même temps que les gages pécuniaires de sympathie.

Voici la liste de ces Sociétés qui, pour leur manifestation, ont usé de notre intermédiaire :

Association de l'Oise ;
Association du Calvados ;
Syndicat de Lille ;
Syndicat de Saumur ;
Syndicat de la Haute-Vienne ;
Syndicat de l'arrondissement de Versailles.

Plusieurs d'entre elles adressaient en même temps, à M. le Pr Pinard, des félicitations bien méritées, dont nous sommes heureux de nous faire l'écho, et le Syndicat de Pontoise y ajoute des remerciements à M. Berthod, et une invitation à l'Académie d'intervenir dans le procès.

MÉDECINE LÉGALE

L'affaire Laporte

Le procès-verbal d'autopsie. Discussion.

Par H. Varnier,
Professeur agrégé d'accouchements à la Faculté de Paris, Accoucheur des hôpitaux.

Les débats de la 9e chambre correctionnelle et surtout la communication, faite par la défense, du procès-verbal d'autopsie et du rapport des experts permettent de voir enfin clair dans cette singulière affaire de responsabilité médicale.

On a beaucoup reproché au juge d'instruction d'avoir arrêté et d'avoir maintenu à sa disposition notre malheureux confrère. Je ne veux certes pas plaider les circonstances atténuantes ; il est cependant juste de faire connaître l'extraordinaire pièce médico-légale sous laquelle M. Bertulus abritait une rigueur inusitée :

La voici :

« *Je viens de pratiquer devant vous, en présence de l'inculpé Laporte, l'autopsie du cadavre de Mme Fresquet.*

« *Voici mes conclusions sommaires :*

« *Laporte en pratiquant cet accouchement a agi avec imprudence, maladresse et inobservation des règles de l'art. Il a ainsi involontairement causé la mort de la dame Fresquet.*

« Signé : Socquet. »

Donc, aux yeux de l'expert qui venait d'examiner les pièces, la culpabilité ne faisait pas de doute. Et vous comprenez déjà mieux que le juge d'instruction ne se soit pas senti porté à l'indulgence.

Mais, en même temps, vous vous dites : les constatations médico-légales devaient être de la dernière évidence, pour que le médecin légiste ait écrit ce qui précède.

Voyons donc et discutons le procès-verbal d'autopsie rédigé par M. Socquet.

Pour rester sur le terrain scientifique, je supposerai ceci : un élève en médecine a recueilli à l'autopsie une pièce qui lui paraît démonstrative ; il me l'apporte pour le musée de la Clinique en me priant de l'y garder comme un exemple de « Double perforation vésicale produite par un instrument piquant au cours d'un accouchement artificiel dans un cas de bassin rétréci ».

Avant même d'examiner la pièce, je veux naturellement savoir dans quelles conditions elle a été recueillie. Et on me donne à lire le procès-verbal d'autopsie ainsi conçu :

« *Le cadavre est celui d'une femme de petite taille, 1 m. 48, paraissant bien constituée et ne présentant aucun signe apparent de rachitisme. On ne constate aucune trace de violences apparentes sur les différentes parties du corps. Par la cavité vaginale s'écoule un peu de sang. Avant de pratiquer l'ouverture du corps,* nous avons procédé, à l'aide du doigt indicateur, à la mensuration du diamètre sacro-pubien, nous avons ainsi obtenu comme dimension du diamètre antéro-postérieur, **défalcation faite pour l'épaisseur du pubis** (1), 9 centimètres 1/2. »

Me voici dès l'abord fâcheusement impressionné. Pourquoi ? Est-ce parce que la mensuration a été faite par un procédé notoirement imparfait, capable de donner lieu à des erreurs de 2 centimètres ? Non. Il ne me vient pas un seul instant à la pensée que tout à l'heure, lorsqu'il aura le bassin sous les yeux, accessible au compas et à la règle, le médecin chargé de l'autopsie aura négligé une mensuration précise, scientifique (et non plus *d'ordre conjectural*) d'une importance capitale dans l'espèce. Ce renseignement se trouvera sans doute plus loin. Si mon attention est mise en éveil par cette phrase, c'est parce qu'elle renferme une proposition, qui a déjà fait refuser plus d'un candidat au 3e ; car elle témoigne que le candidat ne sait pas, n'a pas compris pourquoi on doit défalquer quelque chose de la mensuration digitale pour connaître le promonto-pubien minimum. Vous le savez, vous tous qui me lisez, je n'insiste pas.

Certes, dans quelques cas, pour juger la question : « Faut-il déduire 15 ou 20 mm. ? » il est nécessaire de tenir compte de certaines particularités, savoir : la hauteur du pubis, son inclinaison, enfin, et accessoirement seulement son épaisseur. Si tel était le cas, il fallait dire ce que l'épaisseur de cette symphyse avait d'anormal ; il fallait la mesurer, il fallait noter cette mesure pour servir ce que de droit. Or rien de tout cela dans le procès-verbal. Mais, encore une fois, peu importe cette mensuration approximative. Évidemment nous devrons trouver plus loin, scientifiquement établies, les dimensions du bassin.

Continuons donc :

« *A l'ouverture de la cavité abdominale, nous consta-*

(1) Les passages imprimés en caractères gras sont soulignés par moi.

(H. V.)

tons dans la région de la fosse iliaque droite un épanchement de liquide sanieux exhalant une forte odeur fétide ; à ce niveau les anses intestinales sont rouges et congestionnées, réunies par quelques adhérences récentes.

« Après avoir disjoint la symphyse pubienne, **nous avons enlevé en masse, avec le couteau à cerveau**, l'utérus et ses annexes y compris la vessie, *la cavité vaginale entière et l'extrémité du rectum ; le tout a été ensuite porté sur un plateau.*

« *Après avoir* introduit par le canal de l'urèthre **une sonde cannelée** *à l'intérieur de la vessie, nous avons*, **avec des ciseaux**, *fait une longue incision sur la face antérieure de la vessie. Celle-ci était absolument vide. Lorsque la vessie a été ouverte nous avons très nettement constaté sur la face interne la présence de 2 perforations, linéaires quand on tend un peu la paroi, mais restant au contraire béantes et à peu près circulaires quand la paroi est flasque* (1) *relâchée. L'une de ces perforations siège sur la face postérieure de la vessie et communique avec le col de l'utérus ; cette perforation utéro-vésicale mesure 2 centim. de longueur. L'autre perforation siège sur la paroi latérale droite de la vessie, à 4 centim. de la précédente et* à peu près sur la même ligne horizontale ; *cette perforation vésico-péritonéale mesure également 2 centim. de longueur. Au niveau de ces 2 perforations, la muqueuse vésicale est infiltrée de sang.*

Là-dessus je m'arrête, et je prie l'élève de remporter sa pièce, qui jamais ne figurera dans le musée avec l'étiquette : « Double perforation de la vessie produite par un instrument piquant au cours d'un accouchement artificiel dans un cas de bassin rétréci ».

Pourquoi ? C'est tout simple. Vous l'avez tous compris.

Parce que, lui fais-je observer, vous n'avez constaté les dites perforations : 1° qu'après avoir enlevé en masse, avec le couteau à cerveau, l'utérus et ses annexes y compris la vessie, la cavité (!) vaginale entière et l'extrémité du rectum et porté le tout sur un plateau ; 2° qu'après avoir introduit vous-même dans la vessie : *a*) une sonde cannelée, *b*) des ciseaux.

Rien ne prouve que la perforation vésico-péritonéale (la seule importante dans l'espèce — puisque c'est par elle qu'à votre dire, l'urine a coulé dans le péritoine, entraînant une péritonite mortelle — ne s'est pas produite :

1° Au cours de l'ablation en masse des viscères pelviens et par traction sur des adhérences établies entre quelqu'un d'entre eux et une portion de la vessie profondément contuse, je vous l'accorde, mais non encore trouée ; et cela par le même mécanisme qui entraîne, au cours de l'ablation d'une tumeur abdominale, la déchirure, la perforation de l'intestin adhérent ;

2° Au cours des manœuvres intra-vésicales faites par vous-même à l'aide d'une sonde cannelée et de ciseaux.

Vous avez beau dire : « **Nous constatons dans la région de la fosse iliaque droite un épanchement de liquide sanieux exhalant une forte odeur fétide,** » cela ne suffit pas à établir l'existence de la perforation vésico-péritonéale avant toute intervention de votre part. Vous avez beau ajouter plus loin (2) : **36 heures après l'accouchement la femme n'avait pas encore uriné. Le cathétérisme vésical, pratiqué par la sage-femme, n'amena que quelques gouttes d'un liquide sanieux et fétide. Ce fait s'explique aisément par la double perforation de la vessie, les urines s'écoulant directement dans la cavité péritonéale.** »

Une question reste sans solution. Si votre perforation existait avant les manœuvres d'autopsie, l'accouchée a, pendant 2 jours, vous venez de le dire, uriné dans son péritoine.

Ce liquide sanieux, exhalant une odeur fétide, combien de centimètres cubes en avez-vous donc recueilli ? L'avez-vous mesuré ? Si oui, ce que ne dit pas le procès-verbal d'autopsie, avait-il une odeur « *urineuse* » ? Vous n'en dites rien. L'avez-vous fait analyser ? Vous n'en dites rien non plus.

Si vous arguez maintenant, un peu tard, que la malade ayant, à votre avis, une perforation utéro-vésicale, la majeure partie de l'urine a pu s'écouler par le vagin, je vous demanderai si chez elle ou à l'hôpital on a constaté que cette femme se mouillait constamment, s'il est dit quelque part, s'il a été vu par quelqu'un que pendant la vie l'urine s'écoulait par le vagin ?

Vous comprenez toute la valeur de ces objections ; au point de vue scientifique, elles frappent de nullité votre procès-verbal d'autopsie.

Que deviez-vous donc faire pour établir, sans discussion possible, l'existence pendant la vie de la *double* perforation ?

Ceci :

Soupçonnant l'existence de lésions capables d'entraîner la mort à la suite de blessures instrumentales au cours d'un accouchement laborieux, vous deviez rechercher ces lésions *sur les organes en place, avant toute intervention instrumentale de votre part.*

Où pouvaient siéger les perforations capables d'entraîner une péritonite mortelle ? Soit sur le cul-de-sac postérieur et le rectum ; soit sur l'utérus même ; soit sur la vessie.

Pour cette dernière, qui s'offrait d'abord à vous, que fallait-il faire ?

Il fallait introduire par l'urèthre une sonde molle, incapable de déterminer la perforation d'un point même très affaibli de la paroi ; et par cette sonde, sous une pression très douce, pousser dans la vessie un liquide quelconque, de l'eau.

Si cette eau s'était alors écoulée 1° par le vagin, 2° dans le ventre, vous auriez eu *le droit* de dire : Sur le cadavre encore intact, tel qu'il nous fut apporté à la salle d'autopsie, il existait une double perforation vésico-vaginale et vésico-abdominale ; et le *devoir* d'ajouter : cette dernière siégeant exactement à tel endroit et présentant, *vue par la face externe de la vessie non encore ouverte,* tels et tels caractères.

Ce premier point établi, et laissant toujours les organes en place, ayant mesuré au compas d'épaisseur le diamètre promonto-pubien-minimum, examiné de près la symphyse, noté s'il existait un bourrelet saillant du fibro-cartilage, sa consistance, son degré de saillie et d'acuité, vous aviez, mais alors seulement, à sectionner la symphyse pubienne pour inciser facilement, sur la paroi antérieure mise à découvert, la vessie maintenue dans ses rapports avec le bassin et les autres organes.

Il ne s'agissait plus en effet, pour vous, de savoir s'il existait une double perforation : vous veniez (dans mon hypothèse) de l'établir scientifiquement. Il s'agissait d'examiner les caractères objectifs de ces perforations, déjà reconnues, afin de vous prononcer sur leur nature et sur leur mode de production.

Vous les supposiez faites par *une aiguille à matelas de* 21 *centim. et demi de long* ; *et par une seule piqûre de cette aiguille introduite par le vagin et l'utérus*, c'est-à-dire dans le plan médian.

Après les avoir décrites, mesurées, topographiées : 1° l'une par rapport à l'autre ; 2° dans leurs rapports avec les organes voisins, ce que vous n'avez pas fait ; 3° dans leurs rapports avec la paroi pelvienne, ce que vous n'avez pas fait, il fallait essayer de les cathétériser ensemble, de les enfiler d'un coup à l'aide d'une aiguille de matelassier de 21 centim. et demi de long et émoussée, introduite par le vagin et l'utérus ; il fallait voir et dire s'il était possible dans ces conditions, de relier ensemble ces deux perforations situées *sur un même plan horizontal.*

Si vous l'aviez pu faire (et si les caractères objectifs de ces perforations cadraient avec la forme et les dimensions du cathéter) vous auriez été, mais

(1) Sur la copie qui m'a été confiée on peut lire soit : *flasque, relâchée*, soit *plus que relâchée*. Choisissez. (H. V.)

(2) Voyez page 538, 1re colonne, lignes 76 et suivantes.

alors seulement, en droit de conclure qu'elles *pouvaient* en effet avoir été produites par l'aiguille ; jamais, en aucun cas, *qu'elles l'avaient sûrement été* !

Car, une autre question devait alors se poser : « Ces perforations n'ont-elles pas pu être produites par le seul fait des tentatives d'engagement de la tête fœtale dans le bassin rétréci, même avant tout essai de perforation du crâne, et au cours des trois applications de forceps ? Existe-t-il, au voisinage des endroits atteints, des conditions anatomiques prédisposant à la production de perforations, traumatiques, il est vrai, mais que ne peuvent éviter en pareil cas, les opérateurs les plus expérimentés ? Et c'est ici qu'il importait de savoir avec précision outre les rapports exacts des perforations avec la paroi osseuse, comment était fait ce bassin. Quels étaient ses diamètres exacts ? Était-il symétrique ou asymétrique ? A quelle catégorie de bassins viciés appartenait-il ? N'était-ce pas un oblique ovalaire ? Avez-vous mesuré la distance du promontoire à chacune des symphyses sacro-iliaques mises à nu ? Le bassin était-il épineux ?

Vous me dites — bien qu'on n'en trouve pas trace dans votre observation — que vous avez vu le bassin et qu'il n'était pas épineux. Que vous ayez regardé le bassin c'est possible ; que vous l'ayez vu, c'est une autre affaire. On ne peut pas dire qu'on a vu un bassin, ce qui s'appelle vu, quand on ne l'a pas mesuré et examiné en tous sens, 1° à l'état frais, 2° à l'état sec. Car c'est seulement sur le bassin sec et préparé *ad hoc*, que l'on peut reconnaître telle irrégularité de forme, telle saillie osseuse anormale, telle épine capable d'expliquer la production, au cours d'une application de forceps même bien conduite, de perforations et d'attritions vésicales semblables à celles que vous dites avoir constatées.

Au moins avez-vous conservé ce bassin ? On pourrait l'étudier à tous ces points de vue. *Non, vous ne l'avez pas !* Voilà qui passe la mesure. N'avez-vous donc pas compris que dans le problème posé, la solution ne pouvait résulter que de la comparaison attentive de tous les facteurs : corps à entraîner, corps à traverser, instruments employés ? Et si vous ne l'avez pas compris...

Mais je ne veux pas insister.

Le fait capital, ce qui frappe votre autopsie de nullité, ce qui enlève à « *vos pièces* » toute valeur au point de vue scientifique, ce qui les empêche de servir ultérieurement à tout examen de contrôle autorisé et utile, *ce sont les conditions mêmes dans lesquelles vous les avez* recueillies, ou mieux *détruites au cours de l'autopsie* (1).

Vous aurez beau les montrer à des « hommes de l'art, distingués et expérimentés, agissant en vertu d'un mandat de justice ». Ces hommes de l'art, n'ayant pas assisté à l'autopsie que vous avez manquée, ne pouvant examiner que « vos pièces » fragmentaires, tardivement, après vos manipulations inconsidérées, après l'intervention de votre couteau à cerveau, de votre sonde cannelée, de vos ciseaux, ne sauraient leur rendre leur virginité perdue et qui seule, je le répète, aurait pu faire foi.

Voilà pourquoi, dirais-je à mon jeune élève, « vos pièces » n'entreront jamais dans notre musée où nous ne voulons que des pièces *authentiques, indiscutables, recueillies avec toutes les précautions exigibles*. Voilà pourquoi vous n'obtiendrez pas, *qu'au seul point de vue scientifique et pédagogique*, je les munisse d'une étiquette portant ces mots : « Double perforation vésicale produite par un instrument piquant, au cours d'un accouchement artificiel, dans un cas de bassin rétréci. »

Et si on ne peut étiqueter ainsi cette pièce quand le point de vue scientifique seul est en jeu, comment la donner comme le pivot d'une condamnation au criminel ?

Donc, et pour conclure, voici quelle sera, où je me trompe fort, l'impression de tous ceux qui, avec nous, auront pris connaissance du procès-verbal d'autopsie ci-dessus rapporté : « Il n'est nullement établi qu'il existât chez la femme Fresquet, avant l'ablation en masse des organes, faite avec un couteau à cerveau, une *double* perforation vésicale, produite par un seul coup d'une aiguille à matelas, introduite par le vagin. »

Voici maintenant, in-extenso toujours, la suite du procès-verbal de M. Socquet :

« *La vulve et le vagin sont intacts ; les culs-de-sac vaginaux ne présentent aucune lésion.*

«L'orifice externe du col de l'utérus ne présente rien d'anormal. »

Ainsi, après trois applications de forceps au détroit supérieur ; après des tentatives répétées de perforation : 1° avec la pointe aiguë du forceps (*faite pour cela*), 2° avec une aiguille de matelassier, 3° avec un ciseau (?) et un marteau ; après une quatrième et dernière application du forceps pour extraire la tête (enfin réduite de volume) d'un enfant de 3,420 grammes, il n'y a aucune lésion du périnée, de la vulve, des culs-de-sac vaginaux, de l'orifice externe du col, dont, direz-vous plus loin, « la dilatation était incomplète (1) ».

Et la prévention soutient, et les attendus du jugement proclament que ces instruments n'ont pas été guidés par la main ou les doigts du Dr Laporte ! Ainsi que l'a dit M. Pinard, au cours des débats, il faut alors convenir que le Dr Laporte doit être doué d'une habileté de premier ordre. Ce dont on l'accuse, ce pourquoi on le condamne, était jusqu'à présent considéré comme impossible par les plus habiles.

Continuons :

Sur la face antérieure du col, à 1 *centim. de cet orifice (externe) et à peu près sur la ligne médiane, se trouve la perforation qui communique avec la vessie.* »

Eh quoi ! C'est tout ? Quels étaient, du côté utérin, l'aspect, la forme, les dimensions, bref les caractères objectifs de cette perforation, déjà si incomplètement décrite du côté vésical ? Tout cela valait la peine d'être examiné avec soin et noté séance tenante, alors que la pièce n'avait pas encore subi l'action des liquides désinfectants et conservateurs. C'était d'autant plus indispensable que là est précisément le siège de la fistule vésicale haute, laquelle s'observe, comme chacun sait, même après des accouchements spontanés !

« *Le corps de l'utérus est volumineux. Il mesure d'une trompe à l'autre 25 centim. de longueur et du fond à l'orifice externe 0,20 centim. L'épaisseur de la paroi utérine, prise au point le plus épais (partie médiane de la face postérieure) est de 0,025 millim. La face interne de l'utérus est d'un rouge très foncé. Elle est fortement imbibée de sang sur toute son étendue. Nulle part de lésions évidentes.*

Le poids total de l'utérus et de ses annexes, y compris le vagin et la vessie, est de 1 *kilog.* 500.

L'œsophage et la trachée sont sains.

Les poumons sont un peu congestionnés. Ils ne contiennent pas de tubercules et paraissent sains.

Le ventricule droit du cœur renferme un caillot fibrineux, et le ventricule gauche un caillot cruorique ; les

(1) Mon collègue Albarran, à qui j'ai communiqué cette note, est complètement d'accord avec nous sur ce point. A la clinique du professeur Guyon, les assistants chargés du service des autopsies ont pour instruction formelle, alors qu'on a lieu de soupçonner l'existence de perforations vésicales : 1° de s'assurer *avant tout* de l'état de la vessie en y poussant une injection ; 2° après avoir ainsi démontré l'existence des solutions de continuité et en avoir décrit l'aspect extérieur, d'ouvrir la vessie *sur place* avec les plus grandes précautions, afin d'étudier avec soin et de noter en détail les caractères objectifs des perforations. C'est seulement alors, quand nul doute ne peut être émis sur l'authenticité des lésions, que la pièce est détachée pour être montée et conservée au Musée.

(1) Voyez page 537, 1re col., lignes 57 et 58.

valvules sont saines. L'estomac renferme quelques centimètres cubes d'un liquide jaunâtre; sa muqueuse est saine.

Le foie est sain. La vésicule biliaire ne renferme pas de calculs. La rate est saine et n'est pas diffluente.

Les reins sont également sains et se décortiquent facilement. Il n'y a pas d'épanchement sanguin sous le cuir chevelu. Les méninges ne sont pas congestionnées. Le cerveau, le bulbe et le cervelet ne présentent aucune lésion, ni tumeur. »

Le procès-verbal d'autopsie est accompagné de :

« Renseignements recueillis a l'hopital Tenon. — *La dame Fresquet aurait été admise à l'hôpital Tenon le* 13 *septembre* (1); *elle serait décédée le lendemain* 14 *septembre à* 8 *heures du matin. Cette malade, placée d'abord dans un service de médecine, aurait été transférée, presque de suite, salle Delessert, dans un service chirurgical.* **La surveillante** *de cette salle nous a déclaré que la dame Fresquet avait une température très basse lors de son entrée ; la température aurait été prise à trois reprises différentes et le thermomètre n'aurait jamais dépassé* 35° *centigrades.*

« *On n'aurait fait à cette malade que des injections vaginales d'eau bouillie très chaude, et trois injections sous-cutanées d'une solution de caféine dans la journée.* »

Peut-être en s'adressant à l'interne de garde ou à l'interne du service, la chose en valait la peine, aurait-on pu avoir des renseignements un peu plus médicaux permettant de résoudre la question posée plus haut et restée imprécise: « Pendant la vie, les urines s'écoulaient-elles par le vagin ? »

Suit :

« L'autopsie du cadavre de l'enfant. — *Le cadavre est celui d'un enfant nouveau-né, du sexe masculin, pesant* 3,420 *gr. et mesurant* 53 *centim. de longueur.*

La putréfaction est légèrement commencée.

Le cordon ombilical mesure 32 *centim. de longueur, il a été sectionné et ne porte pas de ligature.*

Le diamètre antéro-postérieur du crâne mesure 118 *millim.; le diamètre transversal* 95 *millim. ; le diamètre occipito-mentonnier* 135 *millim. et le diamètre bi-acromial* 147 *millim*

A la partie supérieure et médiane du crâne se trouve une petite plaie du cuir chevelu mesurant un centimètre de longueur sur 5 *millim. de largeur. Sur la région latérale droite du crâne se trouvent* 2 *autres petits orifices* (2) *sur le cuir chevelu. Enfin à la région inférieure et gauche du cou petit orifice de* **5 millim.** *environ de diamètre.*

On ne constate pas d'épanchement sanguin sous le cuir chevelu. Les deux pariétaux sont disjoints dans leur moitié postérieure ainsi qu'au niveau de la suture occipito-pariétale droite sur une longueur de 2 *centim Les os du crâne ne chevauchent pas l'un sur l'autre. Le pariétal droit présente une ligne de fracture verticale, partant de la partie médiane du bord supérieur et venant se terminer au niveau de la bosse pariétale. Sur cette ligne, à* 2 *centim. environ du bord supérieur, se trouve une petite plaie osseuse de forme curviligne mesurant* **5 millim.** *de longueur. Au niveau de cette plaie se trouve sur la dure-mère une petite perforation de* **5 millim.** *de diamètre. Le pariétal gauche et les autres os du crâne ne sont pas fracturés.* »

Ici arrêtons-nous un instant. Vous avez dû, comme moi, être frappés par la répétition de ce chiffre de **5 millim.**

A la région inférieure et gauche du cou, petit orifice de **5 millim.**

Sur la ligne de fracture du pariétal droit, à 2 centim. du bord supérieur, petite plaie osseuse curviligne de **5 millim.**

Sur la dure-mère, au même niveau, petite perforation de **5 millim.**

Prenez une aiguille de matelassier ; mesurez le diamètre transversal de sa partie renflée, constatez qu'il est de **5 millim.**, et demandez-vous ensuite comment cette aiguille qui dans la peau, dans le pariétal, dans la dure-mère (1), a fait un trou de 5 millim. aurait pu déterminer, dans la paroi cervico-vésicale, « la perforation qui, siégeant sur la face postérieure de la vessie et communiquant avec le col de l'utérus, mesure **2 centim.** de longueur et **est à peu près circulaire** quand la paroi est relâchée. »

Comment la *piqûre* d'une paroi *contractile* à l'aide d'un instrument de 5 millim. de diamètre maximum produirait-elle une perforation à peu près circulaire de 2 centimètres de long ?

Essayez et vous constaterez comme nous que c'est impossible. Nous vous en fournirons sous peu, M. Pinard, Albarran et moi, la preuve expérimentale.

De plus, ce qu'on ne saurait trop faire remarquer, c'est le siège des blessures principales, volontairement faites au crâne et qui siègent :

Une cutanée : à la partie supérieure et médiane du crâne.

La pariétale : à 2 centimètres du bord supérieur du pariétal droit, sur une ligne joignant le milieu de ce bord supérieur à la bosse pariétale.

Avouez que pour une perforation « faite à l'aveugle, par un simple coup droit, sans guider l'instrument avec les doigts », ce n'est pas trop mal touché. Car c'est ni plus, ni moins que le lieu d'élection de l'application du crâniotome sur une tête mal fléchie.

Remarquez enfin qu'après des applications de forceps au détroit supérieur au nombre de trois — qui, déjà nous l'avons vu, n'ont déterminé aucune lésion maternelle autre que *peut-être* (2) la perforation vésico-utérine de 2 centimètres — l'autopsie ne signale aucune empreinte laissée sur la tête par les fers, aucune coupure du cuir chevelu, aucun enfoncement des os aux différents lieux d'élection des becs lorsqu'ils sont irrégulièrement appliqués. Si vous réfléchissez d'autre part que le forceps était assez solidement fixé pour que, pendant les tentatives d'extraction, *rien n'ait dérapé* et *que la parturiente ait été retenue avec peine par un homme et deux femmes*, vous conclurez avec M. Pinard : il fallait que la prise fût joliment bonne et régulière ; une prise pareille ne peut se faire *sans y mettre les mains.*

Finissons :

« *L'hémisphère cérébral gauche est intact. Sur l'hémisphère cérébral droit, au niveau de la perforation de la dure-mère signalée plus haut, la substance cérébrale est détruite sur un petit espace de* 2 *centimètres environ de diamètre. La quantité de substance cérébrale qui a pu s'écouler par ce petit orifice est presque insignifiante. Le cervelet et le bulbe sont sains.*

Les poumons sont atélectasiés ; plongés dans l'eau avec le cœur et le thymus, ils ne surnagent pas ; il en est de même pour les fragments de poumon ; pas d'ecchymoses sous-pleurales.

Les cavités du cœur sont vides. Les valvules sont saines. Sur la surface du cœur se trouvent quelques ecchymoses sous-péricardiques. L'estomac renferme un peu de mucus. Le foie, la rate et les reins sont sains. Le méconium occupe les dernières parties du gros intestin. Les condyles de l'extrémité inférieure du fémur présentent un point d'ossification mesurant 9 *millimètres de diamètre. Le maxillaire inférieur possède* 8 *alvéoles nettement cloisonnées.* »

Et maintenant les conclusions :

a) Quant à la mère :

« 1° *La mort de la dame Fresquet est le résultat d'une péritonite localisée dans la fosse iliaque droite, consécutive à une double perforation de la vessie (perforation utéro-vésicale et vésico-péritonéale).*

(1) A quelle heure ?

(2) Quelles dimensions ?

(1) Voir page 538, lignes 1 à 4 de la 1re colonne.

(2) J'envisage ici l'hypothèse où l'autopsie aurait été faite en observant toutes les règles de l'art.

2° Cette double perforation a été faite avec un instrument piquant tel que l'aiguille placée sous scellé n° 5.
3° *Le cadavre de cette femme porte les traces d'un accouchement récent et à terme.*
4° *Les différentes lésions constatées ci-dessus ont été reconnues exactes par l'inculpé Laporte au cours de notre autopsie.*

b) Quant à l'enfant :

« 1° *Le cadavre est celui d'un enfant nouveau-né, du sexe masculin, arrivé à terme normal de la vie intra-utérine.*
2° *Il n'a pas respiré.*
3° *Les blessures constatées sur le cuir chevelu et sur le pariétal droit* **paraissent avoir été faites avec un instrument piquant tel que l'aiguille à matelas (scellé n° 5).**
4° *Les blessures constatées par l'inculpé Laporte au cours de l'autopsie auraient été faites dans le but de pratiquer la craniotomie pour faciliter l'accouchement.*
5° *L'enfant devait être mort lorsque cette opération a été pratiquée.*

Signé Socquet.

Les réflexions qui accompagnent la première partie de ce procès-verbal d'autopsie, dont nous avons démontré l'insuffisance, nous dispensent de discuter la contre-expertise signée de MM. Socquet et Maygrier (1). Nous la reproduisons in-extenso sans commentaires.

Rapport de MM. Maygrier et Socquet.

Attendu qu'il importe de savoir si le Dr Laporte, en accouchant la femme Fresquet, et notamment en opérant la craniotomie sur l'enfant que cette femme portait dans son sein, a :
1° Observé toutes les règles de l'art des accouchements ;
2° Commis quelque négligence ;
3° Commis quelque imprudence ;
4° Commis quelqne maladresse.
Ordonnons qu'il sera procédé...
Répondons ainsi qu'il suit aux questions posées par M. le Juge d'Instruction, après avoir pris connaissance des pièces du dossier, et examiné divers objets sous scellés :
1° Les éléments qui nous permettent de répondre à la première question : Laporte a-t-il observé toutes les règles de l'art des accouchements, nous sont fournis par l'examen des dépositions de l'inculpé, de l'accoucheuse et des autres témoins.
Il résulte de ces dépositions, assez concordantes dans leur ensemble, que le samedi 11 septembre, vers 11 heures et demie du soir, à son arrivée auprès de la femme Fresquet, Laporte s'est trouvé en présence de la situation suivante :
La femme Fresquet était en travail d'accouchement depuis deux jours environ ; la dilatation du col de l'utérus était incomplète.
Il y avait une présentation du sommet, la tête était fixée au détroit supérieur du bassin.
Il existait en outre une procidence du cordon ombilical, reconnue par la sage-femme, dès la rupture de la poche des eaux, rupture qui s'était produite dans l'après-midi du 11 septembre.

L'enfant était vraisemblablement mort, étant donné que le cordon faisait procidence depuis plusieurs heures.
Enfin, le bassin était légèrement rétréci : les constatations faites par l'un de nous à l'autopsie ont démontré en effet que le détroit supérieur mesurait, dans le sens antéro-postérieur, 9 centim. et demi de diamètre au lieu de 11 centimètres, dimension normale de ce diamètre. Telle était la situation.
Dans ces conditions, l'éventualité d'un accouchement spontané devenait très problématique, la femme Fresquet ayant d'ailleurs dû subir à plusieurs de ses accouchements antérieurs des applications de forceps. La longue durée du travail, l'insuffisance des efforts d'expulsion, la mort de l'enfant étaient des indications urgentes de terminer artificiellement l'accouchement.
La femme Fresquet désirant faire ses couches chez elle et l'assistance d'un médecin de nuit ayant été requise, Laporte, appelé comme tel, n'a pas hésité d'accepter la mission pénible de délivrer cette femme chez elle, dans des conditions particulièrement difficiles.
L'ensemble des faits que nous venons d'exposer constituait un cas de dystocie sérieuse. L'indication d'intervenir était immédiate et formelle, et le traitement le plus rationel était, selon nous, d'appliquer le forceps d'abord, et en cas d'insuccès, de pratiquer la craniotomie.
Il s'est donc conformé aux indications que comportait la situation, et il a observé, sur ce point, toutes les règles de l'art des accouchements.
2° Les trois autres questions qui nous sont posées : Laporte a-t-il commis quelque négligence, imprudence ou maladresse, étant connexes, nous ne les dissocierons pas, et, pour y répondre, nous allons examiner la manière dont Laporte a opéré.
Après avoir au préalable endormi la femme avec du chloroforme, il aurait fait sans succès trois applications de forceps. Le forceps dont il s'est servi (scellé 7) est un forceps de Levret en parfait état. Laporte l'aurait trempé dans l'eau bouillante avant de l'appliquer.
Après ces tentatives infructueuses, il se serait résolu à pratiquer la craniotomie, opération qui consiste à perforer le crâne de l'enfant pour donner écoulement à la substance cérébrale, dans le dut de diminuer le volume de la tête et de faciliter ainsi son passage à travers le bassin.
N'ayant à sa disposition d'autre craniotome ou perce-crâne que la pointe aiguë contenue dans l'une des branches de son forceps, Laporte aurait commencé par s'en servir, mais sans obtenir de résultat.
C'est alors que, vu l'urgence, la femme étant toujours endormie, il aurait demandé au mari de lui procurer un instrument piquant quelconque pour perforer le crâne de l'enfant. Le sieur Fresquet lui aurait remis les objets suivants :
Un équarissoir (scellé 1) : 1 ciseau à froid (2) : un fil de fer pointu, dit porte-étiquette (4) ; une aiguille de fer, dite à matelas (5), enfin un marteau.
Sans entrer dans les détails un peu confus et contradictoirement rapportés, des manœuvres qui auraient été tentées avec ces diverses instruments, nous ferons simplement remarquer que plusieurs d'entre eux (1, 2 et 4) ne nous paraissent pas avoir pu être employés utilement, étant trop courts pour atteindre la tête de l'enfant, située encore assez haut. Avec l'aiguille à matelas seule (5) longue de 21 centim. et demi, il était possible d'arriver à pénétrer dans le crâne, et il paraît avéré que c'est avec la pointe de cet instrument que le pariétal droit a été perforé.
Quant au marteau, il n'aurait servi, d'après la déclaration même de Laporte, qu'à tapoter légèrement sur l'extrémité de l'instrument dont il se servait pour perforer le crâne, mais sans insister.
Les constatations faites à l'autopsie de l'enfant démontrent que l'ouverture faite au crâne avec

(1) Il nous suffira de rappeler en effet que M. Maygrier n'a pas assisté à l'autopsie ; qu'il n'a vu les pièces que sur un plateau, après les manipulations de M. Socquet ; qu'il n'a pas vu le bassin. Les perforations vésico-péritonéale et utéro-vésicale par instrument piquant n'étant pas démontrées, la consultation médico-légale s'effondre. Remarquez d'ailleurs qu'à cette consultation a pris part l'expert déjà engagé à fond et du premier coup par sa note de la page 533.

l'aiguille à matelas a été très petite, que l'écoulement de la substance cérébrale a été minime, et que la diminution du volume de la tête fœtale a été, de ce fait peu notable.

L'instrument employé était donc certainement défectueux; il était de plus difficile à manier et à diriger avec sûreté, en raison de sa ténuité, et il n'est pas surprenant qu'une échappée ait pu se produire, au cours de son introduction répétée, du côté des parties molles de la mère (Perforations du col de l'utérus, de la vessie en deux endroits, découvertes à l'autopsie, et reconnues par Laporte; l'une des perforations vésicales s'ouvrait dans le péritoine).

Toutefois, il est juste de reconnaître que l'urgence de l'opération autorisait jusqu'à un certain point Laporte à employer cet instrument. On lit en effet dans le Guide pratique de l'accoucheur de Pinard et Abelin (7e édit., 1889 p. 549), auteurs invoqués par Laporte pour sa justification, la phrase suivante: « La craniotomie s'exécute avec les ciseaux de Smellie ou le perce-crâne de H. Blot ou les ciseaux de Nægelé, ou, au besoin, avec n'importe quel instrument, tout à la fois solide, piquant et un peu tranchant vers la pointe. »

D'autre part, il est certain que Laporte n'est pas le premier praticien qui ait agi ainsi, et dans un livre récent, le *Précis d'Obstétrique*, de Ribemont-Dessaignes et Lepage (2e édit., 1896, 1 p. 1178), on trouve le passage suivant:

« Il n'est pour ainsi dire pas d'instrument qui n'ait été employé pour ouvrir la boîte crânienne du fœtus; nombre de médecins n'ayant pas à leur disposition d'instruments spéciaux, ont utilisé ce qu'ils avaient sous la main: couteaux de cuisine, bistouris, ciseaux, etc... ».

Quoi qu'il en soit, après avoir fait le choix de l'instrument qu'il jugeait le plus approprié au but qu'il se proposait, Laporte devait l'ascptiser soigneusement avant de s'en servir, puis le guider avec la plus grande prudence sur ses doigts profondément introduits dans les organes maternels, afin d'éviter de blesser ces organes. Or il ne paraît pas établi, d'après les renseignements fournis par le mari, la sage-femme et Laporte lui-même, que toutes ces précautions aient été rigoureusement prises.

Il semble en effet certain d'une part qu'il n'a été fait usage d'aucune substance antiseptique pendant l'accouchemont. Comme mesure aseptique, Laporte s'est borné à tremper son forceps dans l'eau bouillante, comme nous l'avons dit.

A l'égard des autres instruments, ses souvenirs ne sont pas précis; il croit cependant se rappeler avoir plongé également dans l'eau chaude l'aiguille à matelas. D'autre part, il semble résulter de diverses dépositions et notamment de celle de la sage-femme, que Laporte a introduit directement les instruments dans le vagin, sans les guider sur sa main, et en se bornant à entr'ouvrir avec les doigts l'orifice vulvaire.

Nous devons cependant reconnaître que les lésions produites par Laporte, lésions dont il existe d'ailleurs d'autres exemples dans la science, étaient difficiles à éviter avec un pareil instrument, surtout entre les mains d'un opérateur qui, de son propre aveu, pratiquait pour la première fois la craniotomie.

Après avoir perforé le crâne, et constaté l'issue d'un peu de substance cérébrale. Laporte aurait réappliqué le forceps; il déclare avoir réussi à extraire le fœtus.

L'accouchement terminé, il a procédé à la délivrance, prescrit des injections phéniquées et s'est retiré.

Trente-six heures plus tard, la femme Fresquet n'avait pas encore uriné. Le cathétérisme vésical pratiqué par la sage-femme n'amène que quelques gouttes d'un liquide sanieux et fétide; ce fait s'explique aisément par la double perforation de la vessie, les urines s'écoulant directement dans la cavité péritonéale,

La malade transportée dans la journée du 13 septembre à l'hôpital, y a succombé le 14 à 8 heures du matin.

En résumé de ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure, tout en faisant la part des conditions défavorables et du milieu défectueux où Laporte se trouvait placé pour intervenir, ce qui rendait sa tâche particulièrement difficile, qu'il n'a pas conduit son opération avec la prudence voulue, et que, s'il a réussi à délivrer la femme Fresquet, il a néanmoins produit involontairement une blessure de la vessie, qui a été le point de départ d'une péritonite promptement mortelle.

Conclusions.

1° En appliquant d'abord le forceps, et en essayant ensuite la craniotomie, Laporte s'est conformé aux indications que comportait la situation dans laquelle se trouvait la femme Fresquet; il a donc observé les règles de l'art des accouchements en ce qui concerne les indications opératoires.

2° Laporte, en accouchant la femme Fresquet et notamment en pratiquant la craniotomie, opération qu'il faisait pour la première fois, n'a pas opéré avec la prudence et l'habileté désirables. Il a déterminé, en se servant, il est vrai, d'un instrument défectueux, une blessure involontaire qui a entraîné la mort.

Signé: SOCQUET, MAYGRIER.

Et voilà comment se fait à Paris, en l'an de grâce 1897, une expertise médico-légale! Ne pensez-vous pas, comme nous, qu'une réforme s'impose? Que ceux qui sont d'un avis contraire veuillent bien exposer leurs raisons. Que ceux qui sont avec nous le disent.

H. VARNIER.

(*Revue pratique d'obstétrique et de pœdiatrie.*)

Nous avons le regret de ne pouvoir publier, aujourd'hui, l'appel que notre confrère le Dr COQUERELLE, de *Beauvais*, adresse à nos lecteurs, pour l'érection d'un buste au célèbre et vaillant Doyen GUY-PATIN.

Nous sommes contraints de renvoyer son article et bien d'autres, très intéressants à tous égards, à cause de notre encombrement passager, et pour donner place à une lettre de M. le Dr Lasalle, qui paraît nous suspecter de peu d'empressement à l'égard d'idées qui lui sont chères. C'est un travers léger que nous lui pardonnons volontiers.

A. C.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'ordre des Médecins

Monsieur le Directeur et cher Confrère,

A deux reprises, tout au moins, le *Concours Médical* a publié des attaques contre le projet d'institution d'un *Ordre des médecins*........................

Dans un des derniers numéros, c'est mon ami Gassot qui sonne la charge contre l'organisation que j'ai l'honneur de défendre, avec la pensée, sans doute, d'éclairer la discussion que le Concours médical a mise à l'ordre du jour de sa prochaine Assemblée Générale.......................................

Tout d'abord, mon confrère Gassot, collaborateur principal et Membre du Conseil de Direction du Concours médical, me permettra de lui dire que c'est une singulière façon de consulter les gens que de commencer par leur crier que la question sur

laquelle on demande leur avis doit être repoussée ; il me permettra aussi de lui rappeler qu'il y a moins d'une année, à l'occasion de la déplorable affaire Thomson, le *Concours Médical*, par la plume autorisée de son Directeur, demandait nettement aux Pouvoirs Publics la création d'un Ordre des Médecins.

J'ignore quels événements ont pu provoquer un si complet revirement dans l'esprit des Administrateurs du Concours ; je serais curieux de les connaître ; en tout cas, ce ne saurait être l'infortune de notre malheureux confrère Laporte qui a pu leur inspirer cette opposition inattendue, car j'estime, et tous les confrères sans parti pris estimeront avec moi, que ce lamentable incident constitue à lui seul la plus éclatante démonstration de la nécessité des Chambres médicales.

Comment, ô cher détracteur, vous vous évertuez à nous démontrer les inconvénients que présenterait l'organisation que nous préconisons, (quelle institution humaine pourrait se flatter d'être parfaite !), vous exécutez des variations plus ou moins brillantes sur l'incurable sottise humaine, sur l'impossibilité d'atteindre ou de réprimer les audaces d'un charlatanisme de plus en plus envahissant ; vous osez même invoquer les dangers imaginaires que l'institution d'un Ordre pourrait faire courir au Corps médical, soit en menaçant notre indépendance individuelle, soit en nous obligeant à juger par avance un confrère sans posséder les moyens d'investigation de la justice (ils sont, en effet, admirables, ces moyens), et vous écrivez ces choses à l'heure où la monstrueuse incarcération préventive d'un confrère fait éclater aux yeux de tous les épouvantables dangers dont sont menacés à chaque instant les plus respectables praticiens par l'odieuse législation qui nous régit ! Ah ! vous vous défiez pour l'appréciation de nos actes professionnels de l'équité, de l'impartialité de nos pairs, c'est-à-dire d'hommes ayant fourni des preuves de compétence, de dignité, de conscience et de savoir, et vous ne répugnez pas à vivre sous des lois qui permettent au premier magistrat venu, sans recherches, sans preuves, sans réflexion, de vous envoyer à Mazas, de vous déshonorer, de vous ruiner, de vous flétrir à jamais sous la simple présomption d'un délit discutable ! En vérité, cher Confrère, vous avez d'étranges conceptions en matière de dignité et d'indépendance professionnelle. Pour ma part, je prétends que l'Ordre, n'aurait-il pour avantage que celui de nous soustraire à l'arbitraire ou à l'erreur de juges incompétents, cet avantage seul justifierait amplement la nécessité de sa création ; car je ne conçois l'Ordre des médecins qu'à la condition qu'il confère au Corps médical une complète autonomie. Et lorsque vous écrivez, mon cher Gassot, que l'Ordre ne pouvant exister sans un tribunal d'Appel, ce tribunal ne pourrait être que la Cour d'Appel, vous oubliez sans doute que dans la plupart des projets publiés sur la matière, la Cour d'Appel y est remplacée par un Conseil Général de l'Ordre jugeant en dernier ressort.

Oh ! je vous vois sourire et nous demander comment nous pouvons nous bercer d'illusions aussi fortes. Il est, en effet, bien étrange d'oser espérer que dans une société bien organisée, la connaissance d'actes professionnels délicats, actes dont la technicité ne saurait être contestée, appartienne exclusivement à des hommes ayant fourni des preuves de compétence, de savoir et d'autorité morale, et vous estimez sans doute plus naturel, plus logique et plus juste que les actes continuent d'être soumis au jugement des magistrats ordinaires, c'est-à-dire d'hommes qui pour exercer la plus redoutable des fonctions n'ont eu besoin ni d'examens spéciaux, ni de concours, ni des suffrages de leurs pairs et qui, parfois, pour arriver aux plus hautes situations, n'ont eu qu'à s'assurer l'intervention d'un politicien influent et la signature d'un ministre éphémère ! En vérité, j'ai peine à croire à pareil aveuglement ! Mais si je repousse l'ingérence des magistrats en matière de responsabilité médicale, je m'indigne peut-être moins que vous de leur mauvais vouloir ou de leur inertie en matière de répression de l'exercice illégal ; et, sans les excuser absolument de ne pas appliquer des lois dont le texte est formel, j'admets, dans une certaine mesure, qu'ils ne se croient pas tenu de faire respecter les droits d'une corporation qui ne respecte pas ses devoirs. Car on ne saurait trop le répéter, dans ce qui touche aux intérêts du Corps médical, tout s'enchaîne, tout se lie étroitement : Si nous voulons un système efficace de répression au dehors, sachons vouloir un système efficace de moralisation au-dedans : ne nous exposons pas à être soupçonnés de ne poursuivre le charlatanisme illégal que pour faire au charlatanisme légal la part plus grande et plus forte. Il est vrai que vous considérez comme négligeable le nombre des confrères qui ont besoin d'être moralisés. Décidément, mon cher Gassot, vous êtes d'un bien grand optimisme, car il est difficile de nier que les médecins indignes, que les membres de ces faux instituts, de ces offices d'exploitation de la souffrance humaine, que les inventeurs de systèmes mirifiques, etc., etc., soient aujourd'hui légion ; il est difficile de contester que grâce aux Facultés multipliées, à l'abaissement du niveau des examens, à la délivrance illimitée des diplômes, la lutte pour la vie, déjà bien rude et bien âpre, menace de dégénérer en une entre mangerie universelle, si nous n'obtenons promptement des réformes indispensables que seule la création d'un Ordre pourrait réaliser.

Si vous avez une organisation meilleure à proposer, hâtez-vous de nous l'indiquer ; mais gardez-vous de méconnaître le malaise croissant dont souffre la profession médicale, sans quoi vous me donneriez le droit de vous assimiler à ces bourgeois satisfaits et repus qui trouvent que rien n'est à changer à notre état social et que tout est pour le mieux dans la meilleure des républiques..............

Dr Lasalle.

Je m'attendais certainement aux foudres de mon ami Lasalle, qui soutient l'ordre des médecins avec la même conviction que je mettrai à le combattre, tant qu'il se présentera avec le caractère que lui donnent les divers projets mis en avant jusqu'ici et que lui donneront sans doute ceux qui verront le jour ultérieurement, car je ne vois pas de solution claire à l'horizon.

Je savais, et je l'ai dit, que je me séparais de certains confrères avec lesquels je suis le plus souvent d'accord ; mais, parce que j'ai au Concours une certaine influence, me sera-t-il défendu d'exprimer mon opinion personnelle et de crier gare, à mes confrères, quand je les vois sur le point de s'engager dans une voie mauvaise ? Mon ami Lasalle a donné son avis, je donne le mien, d'autres en feront autant, et notre Assemblée générale décidera quelle ligne de conduite nous devrons tenir. — Si je suis battu, je rentrerai dans le rang et tout sera dit.

Quant au caractère des communications que nous avons insérées, il est ce qu'ont voulu nos correspondants. Comment se fait-il qu'*une seule fois seulement* on nous ait envoyé quelques lignes en faveur de l'Ordre? Nous avons impartialement publié ce que nous avons reçu, et mon article a été immédiatement précédé, au Journal, de celui du Dr Lasalle. Que voudrait-il de plus ?

Mais je laisse cette question préjudicielle pour demander au Dr Lasalle s'il croit avoir répondu à une seule de mes critiques. Croit-il,

en vérité, que c'est faire œuvre utile de *voter en faveur du principe*, remettant à plus tard l'examen du projet de réglementation ? Pour moi, j'ai la conviction que c'est mettre la charrue devant les bœufs, et je donne peu de temps pour voir ces enthousiastes du principe voter, avec ensemble, contre les divers projets qui leur seront soumis — à moins qu'ils ne votent des choses que, par avance, ils savent ne devoir jamais leur être concédées, telles que ce *grand conseil* qui, en dernier appel, prononcerait des peines de droit commun !

Que le docteur Lasalle apporte *un projet rédigé par articles*, qui soit capable de réaliser tout ce qu'il promet et fasse tomber mes objections, nous verrons.

Mais jusque-là je ne pourrai que répéter : votre Ordre des médecins ne servira absolument à rien, pas même à empêcher l'incarcération du Dr Laporte, puisqu'il se trouve des médecins, sans doute ceux qui auront la haute main sur l'Ordre, pour le trouver coupable. Il sera dangereux, puisqu'il pourra consacrer de semblables iniquités et avoir pour effet de déchaîner la guerre civile entre les médecins.

Enfin, confrère *Lasalle*, *vous* me mettez en demeure de proposer une organisation meilleure si je la connais; mais vous savez bien que si je la connaissais, il y a longtemps que je l'aurais proposée : j'ai été assez souvent sur la brèche depuis vingt ans pour n'avoir rien de commun avec ces bourgeois satisfaits et repus auxquels vous ne pourriez me comparer sans rire, Gascon que vous êtes !

Nous sommes plus d'accord que vous ne voulez le laisser croire : tous les deux nous recherchons le bien, le mieux, pour la profession médicale ; nous nous trouvons momentanément en désaccord possible : l'avenir montrera quel est celui de nous deux qui se fait le plus d'illusions.

Et en attendant que nous puissions reprendre la discussion le 14 novembre, je vous serre, mon cher ami, bien cordialement la main.

Dr A. Gassot.

Souscription Laporte.

Conseil de Direction, MM. Cézilly, Gibert, Gassot, Maurat. MM. Huguenin, Jeanne, chacun 5 fr.

MM. les docteurs Hamon, Paris, 5 fr. ; Brion, Meaux, 5 fr. : Cénas, Saint-Etienne, 5 fr. ; Véroudard, Noyon, 2 fr. ; Simon, Nouan, 3 fr. ; Ducosté, Brionne, 5 fr. ; Bohdonowicz, Avize, 1 fr. ; Lefranc, Chauny, 5 fr. ; Aubeau, Paris, 5 fr. ; Daffas, Salviac, 2 fr. ; Caillaud, Saint-Germainmont, 2 fr. ; Ranglaret, Moulins, 5 fr. ; Roland, Roanne, 5 fr. ; Lhuillier, Santenay, 5 fr. ; Péborde, Gan, 2 fr. ; Tardif, Longué, 2 fr. ; Huret, Veretz, 5 fr. ; Payelle, Amettes, 1 fr. ; Quintin, Lesneven, 5 fr. ; Briot, Chaussin, 1 fr. ; Faraggi, Montesson, 3 fr. ; Clochepin, Paris, 1 fr. ; Mougin, Vitry, 5 fr. ; Souloumiac, Saint-Aignant, 1 fr. ; Pillet, Niort, 5 fr. ; Gasztowtt, Nevers, 2 fr. ; Vacher, Saint-Denis-de-Piles, 1 fr. ; Guénot, Roche-en-Breuil, 2 fr. ; Faille, Fismes, 5 fr. ; Claverie, Tarbes, 5 fr. ; Casaubon, Anduze, 1 fr. ; Tarrou, Anduze, 1 fr. ; Mazel, Anduze, 1 fr. ; Duchein, Seine-Port, 2 fr. ; Rigabert, Marly-le-Roi, 3 fr. ; Sorel, Havre, 5 fr. ; Nicolas, Bourboule, 1 fr. ; Tartarin, Bellegarde, 2 fr. ; Parizot, Seurre, 1 fr. ; Gatine, Barre, 5 fr. ; Droulon, Cambe, 1 fr. ; Ecorchard, Muzillac, 5 fr. ; Houdart, Lambezellec, 5 fr. ; Jenevin, Landerneau, 5 fr. ; Marson, Rosnes, 1 fr. ; Poirson, Morez, 1 fr. ; Pitre, Craponne, 2 fr. ; Raymond, Nice, 5 fr. ; Lepage, Paris, 5 fr. ; Poueydebat, Aramits, 2 fr. ; Pinel, Pont-Rousseau, 2 fr. ; Cossin, Auvers, 5 fr. ; Chaudol, Nice, 2 fr. ; Delineau, Paris, 5 fr. ; Berrcz, l'Hermenault, 2 fr. ; de Langenhagen, Motte-les-Bains, 5 fr. ; de Saint-Cyr, de Saint-Loup, 1 fr. ; Emanuelle, Taulignan, 3 fr. ; de Gigounoux, Bourcefranc, 5 fr. ; Bonneau, Courcon, 5 fr. ; Lagarde, Vals, 5 fr. ; Pangon, Saint-Vallier, 2 fr. ; Paul Petit, Paris, 5 fr. ; Mignon, Les Mureaux, *fils de magistrat*, 5 fr. ; Rondeau, Aigurande, 2 fr. ; Galtier, Hautefort, 2 fr. ; Sève, Sixfours, 2 fr.

REPORTAGE MÉDICAL

La conférence de Bruxelles sur le service médical des chemins de fer. — Au banquet qui réunissait le 23 octobre les médecins de la Compagnie de l'Ouest, M. le Dr Baudot, chef du service médical de cette Compagnie, a rendu compte des communications et échanges de vues qui se sont produits à cette conférence. Il a annoncé qu'en 1900 les médecins des chemins de fer français recevraient à leur tour leurs confrères belges, et qu'on reprendrait à Paris l'étude des mêmes questions.

Sérothérapie de la coqueluche. — M. Violi, de Constantinople, propose de traiter la coqueluche, par les injections de sérum de génisse immunisée contre la variole.

Il s'est inspiré, pour instituer ce traitement, de l'heureuse influence que paraissait avoir la vaccination des jeunes coquelucheux sur la durée de leur maladie ; et dans nombre de cas, il aurait vu, par cette sérothérapie vaccinale, les quintes de coqueluche disparaître huit à dix heures après la première injection de sérum.

Nous avons eu occasion de constater, nous-même, que la vaccination pratiquée chez des coquelucheux, au cours d'une épidémie de variole, en 1891, paraissait atténuer la gravité de la première affection, tout en prémunissant contre la seconde.

Bibliographie. — Viennent de paraître à la librairie Maloine, 23 et 25, rue de l'Ecole de Médecine, à Paris :.

1° L'Hygiène de l'oreille et des sourds, par le Dr Gélineau.

2° La Formule médicale. — Principes généraux de Pharmacologie, par M. Edm. Dupuy.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4206.— M. le docteur Roché, de Paris, présenté par M. le docteur Coquerelle, de Beauvais.

N° 4207.— M. le docteur Herland, de Rosporden, (Finistère), membre du Syndicat de Quimper.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Brée, de Pavilly (Seine-Inférieure), membre du *Concours Médical*.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maiso spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 46 13 Novembre 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LES PROCÈS EN RESPONSABILITÉ MÉDICALE

procédure et rôle du médecin-expert.

(Leçon de M. Brouardel, recueillie par M. Paul Reille.)

Dans l'état actuel de la jurisprudence, les poursuites exercées contre un médecin peuvent être engagées de trois façons différentes :

Le procureur de la République peut poursuivre lui-même, quand il y a présomption de faute grave. C'est ainsi que le procureur intenta des poursuites contre un officier de santé, qui, s'étant rendu ivre auprès d'une femme en couches, perfora l'utérus et lia les intestins qui sortaient, croyant à une procidence du cordon.

La famille peut demander au médecin des dommages et intérêts pour une opération qu'elle juge mal faite ou une médication qui, à son avis, a causé préjudice au malade.

Enfin, si le procureur refuse de poursuivre, le malade ou sa famille, en vertu du droit de citation directe, peut faire appeler le médecin devant le tribunal correctionnel. C'est ainsi que le docteur Bouchereau, soignant une malade atteinte d'aliénation mentale, reçut du mari de cette femme une citation directe à comparaître sous l'inculpation de séquestration.

Dans le premier et le second cas, il y a nomination d'experts.

Dans le troisième cas, le médecin doit se présenter devant le tribunal pour se défendre des accusations portées contre lui ; pour ne pas se défendre lui-même, car on est suspect quand on plaide *pro domo sua*, il se rend en général à la barre accompagné d'un ou de plusieurs confrères, qui se chargent de prendre la parole et viennent, devant le tribunal affirmer la parfaite honorabilité de leur collègue et les raisons qui, dans le cas particulier, ont dirigé ses actes professionnels.

Depuis vingt-cinq ans, j'ai été commis environ cent ou cent vingt fois pour des questions de ce genre, et je vous assure que je n'ai jamais abordé l'enquête sans un douloureux serrement de cœur ; le médecin qui va être appelé à se faire le juge des actes commis par un confrère, éprouve la même impression que l'officier qui est obligé de marcher contre ses concitoyens dans une guerre civile.

Si jamais, dans le cours de votre carrière, vous vous trouvez contraint de juger les actes d'un de vos confrères, je vous recommande d'abord d'oublier les rapports que vous avez pu avoir avec lui. Que vous soyez son ami, ou bien, au contraire, que vous n'ayez pas entretenu avec lui de bonnes relations, vous ne devez pas vous en souvenir. Surtout il ne faut pas apprécier le fait incriminé d'après le genre de vie que mène son auteur, d'après sa conduite dans sa vie publique ou privée, car, dans ce cas, le rapport que vous soumettrez à l'appréciation des juges sera entaché de partialité et provoquera un arrêt injuste. Il ne suffit pas qu'un homme soit, par ses antécédents, jugé capable de commettre telle action pour admettre qu'il l'a réellement commise.

Je vous rappellerai le cas du médecin anglais Palmer. C'était un homme taré et qui, s'il était médecin de nom, ne passait guère son temps que sur les champs de courses ; il comptait avec un de ses amis, sportsman comme lui, quelques milliers de livres de dettes ; au moment du Derby, ils présentèrent ensemble au départ leur unique cheval, dans des conditions telles qu'il semblait incapable de pouvoir soutenir la course ; cependant ce fut lui qui arriva en tête. Cette victoire sportive leur fit gagner une somme d'environ un million. En possession de cette fortune inespérée, ils offrirent un dîner à leurs camarades. L'ami intime, couchant dans la maison du médecin, fut pris, dans le milieu de la nuit, de convulsions dont il se remit du reste rapidement. Pour fêter l'acquittement de leurs dettes, ils donnent un second dîner : dans la nuit suivante, l'ami est pris de nouvelles convulsions auxquelles il succombe bientôt. Palmer eut le grand tort de mettre dans sa poche le portefeuille du mort. Comme sa réputation était exécrable, on l'accusa aussitôt d'avoir empoisonné son ami avec de la strychnine. Taylor était chargé de l'expertise ; il dit malencontreusement dans son rapport qu'il était impossible de reconnaître la présence de la strychnine dans un cadavre, et, cependant déjà à cette époque, c'était l'un des rares alcaloïdes que l'on savait retrouver. Palmer fut condamné à être pendu et fut exécuté.

Si nous jetons un coup d'œil sur le rapport de Taylor, il nous est facile de reconnaître la cause de cette mort attribuée à un empoisonnement. En effet, il y est dit que les reins étaient petits et qu'ils contenaient plusieurs gommes syphilitiques. Il semble donc fort probable que l'homme en question est mort d'une attaque d'urémie convulsive due à ses excès de la veille. En tout cas, le poison ne fut pas retrouvé et l'empoisonnement ne fut pas démontré. Palmer fut condamné parce qu'on le jugeait capable d'avoir commis le crime et non parce qu'il fut établi qu'il l'avait commis.

En second lieu, ne vous basez pas pour établir vos conclusions, sur les phases ultérieures de la maladie. Ne jugez pas en tenant compte exclusivement des résultats de l'autopsie. Faites, dans ces circonstances, la part de ce que pouvait savoir votre confrère au moment où il a fait sa prescription et de ce que vous savez; car la maladie a évolué et l'autopsie a éclairé les points douteux. En un mot, il faut vous placer dans les conditions mêmes où se trouvait le médecin incriminé au moment où il a été appelé près du malade, de façon à pouvoir apprécier les incertitudes dans lesquelles il a pu se trouver.

Si vous êtes appelés à pratiquer l'autopsie, ne manquez jamais de demander au juge d'instruction, que, soit l'accusé, soit un représentant choisi par lui, soient présents.

Ainsi, lorsqu'il y a peu de temps je fus commis avec M. le docteur Thoinot pour faire l'autopsie de la malade morte chez le docteur Boisleux, j'ai demandé que le docteur Boisleux, alors seul mis en cause, assistât à cette opération, de manière qu'il lui fût possible de donner son opinion et d'expliquer les lésions que nous allions constater. J'ai prié le docteur Boisleux d'en écrire la relation de sa main ; quand notre rapport a été terminé, nous l'avons lu à MM. Boisleux et Lajarrige, de manière que notre impartialité ne pût être mise en doute.

Enfin, vous n'avez pas à vous demander ce que vous auriez fait, vous trouvant au chevet de ce malade. La question de médication est, comme le disait le procureur Dupin, une querelle entre Hippocrate et Galien, une question à régler entre médecins.

Pour rendre plus clair mon exposé, je suppose que vous ayez à juger l'opportunité de l'emploi d'une médication ; demandez-vous si elle est classique, usitée par plusieurs médecins, conseillée par des praticiens autorisés, ou si c'est une médication nouvelle, mais ne vous demandez pas si, vous, vous auriez choisi cette médication ou toute autre ; vous n'avez pas à juger les opinions médicales de votre confrère en leur opposant les vôtres. Ainsi, il s'agit d'un cas d'hémorrhagie cérébrale, le médecin a prescrit la saignée, les sangsues à l'anus, les purgatifs ; c'est une médication que l'on n'emploie plus guère aujourd'hui, à tort ou à raison, je n'ai pas à le discuter ; pourrez-vous dire que le médecin a commis une faute en soignant son malade d'après cette vieille méthode ? Assurément non, car elle est indiquée dans tous les traités de pathologie interne, c'est une médication classique.

Il y a quelques années un fait plus délicat à apprécier est survenu dans le service du docteur Legroux à l'hôpital Trousseau. On amène un enfant qui meurt avec des signes d'empoisonnement. L'autopsie faite par le médecin et les recherches chimiques pratiquées par l'interne en pharmacie font conclure à un empoisonnement par le phosphore. On fait une enquête et l'on apprend que cet enfant a été soigné par un médecin du quartier de Belleville, ancien interne des hôpitaux, qui, depuis plusieurs années, avait fondé un dispensaire pour enfants. Ce médecin n'exerçait pas, mais donnait des consultations gratuites et de plus il fournissait les médicaments. Chaque jour il prodiguait ses soins à cinquante ou soixante enfants, bien souvent scrofuleux ; il employait pour leur traitement l'huile de foie de morue phosphorée à la dose d'une à deux cuillerées à soupe par jour ; l'enfant transporté à Trousseau était mort à la suite de ce traitement.

Je fus commis avec M. Ogier pour l'expertise et, en reprenant les documents, j'ai vu qu'à Vienne, un professeur de clinique avait préconisé ce traitement, donnant une statistique de 800 cas traités,

FEUILLETON

Nos chers morts !

Il pleure dans mon cœur, comme
il pleut sur la ville !
(Verlaine.)

Au nom de la *Société de protection des victimes du devoir médical*, j'ai tenu à profiter du pieux anniversaire de novembre où on accorde une pensée, tout spécialement émue à ceux qui ne sont plus, pour déposer une couronne sur la tombe des bons samaritains qui nous donnèrent de nobles exemples, pour leur adresser un salut cordial et respectueux.

Nous devons entretenir dans notre mémoire, comme une lampe fidèle, un souvenir reconnaissant pour ceux qui honorèrent notre profession. C'est bien la moindre des choses, qu'au moins une fois par an, nous tournions les yeux avec sympathie vers tant de tombes modestes, que, le reste du temps, la pluie seule arrose de ses larmes.

On ne peut songer sans une profonde pitié aux innombrables martyrs de la corporation, non seulement à ceux qui eurent une mort héroïque et dont la mémoire est respectueusement vénérée ; mais encore aux victimes ignorées, qui passèrent humblement en faisant le bien, dans le trou perdu où le sort les avait jetés et laissèrent leur famille dans la nuit d'un deuil inconsolable.

Bien des fois, en visitant des cimetières de province, j'ai découvert des monuments funéraires élevés par la gratitude publique à nos aînés. Ce n'est jamais sans une certaine émotion, que je relève ces marques d'estime, tout à l'honneur du défunt et de ceux qui en prirent l'initiative. Ces manifestations locales ne sont même pas aussi nombreuses qu'elles devraient l'être. Je ne crois rien exagérer en affirmant que la moitié au moins des médecins de nos campagnes mériteraient cet hommage suprême. Le plus grand nombre sont dignes de l'apothéose finale, faible compensation au dévouement et aux déboires de leur existence.

Nous avons donné, ici même, à diverses reprises, des détails tragiques sur la fin touchante de plusieurs des nôtres ; des désastres analogues se produisent périodiquement. En pareil cas, la torpeur des populations est violemment secouée et l'hommage s'impose. Chacun s'incline attendri devant toute tombe creusée d'une façon terrifiante et imprévue. Mais la pitié publique est plus difficile à émouvoir, lorsque le praticien est lentement emporté par une maladie qu'il a contractée au chevet de ses concitoyens, ou que l'un des siens succombe à une affection contagieuse, dont il a rapporté les germes au logis. Un grand froid et une grande ombre ont beau envelopper la maison ; les voisins prennent à peine une part distraite d'un deuil irréparable ; les pleurs séchés extérieurement, ils ne songent plus à la blessure inguérissable qui reste au cœur des survivants.

Et cependant, ce sont là des catastrophes en tout point honorables, dignes d'éloge et de compassion.

Un de nos grands écrivains a dit ceci : « Lorsqu'un homme d'une haute culture et d'un grand cœur s'en va, alors qu'il a toujours eu la conscience pure de

dont 750 avaient guéri en deux mois, sans qu'on ait eu à enregistrer un seul décès ; la dose de phosphore prescrite était double de la dose employée par le médecin de Paris ; celui-ci fut acquitté par le tribunal qui, cependant, je dois le dire, montra quelque difficulté à accepter notre interprétation. Legroux, dans son rapport, avait exprimé une opinion, qui est aussi la mienne : prescrire du phosphore me semble dangereux, attendu que ce corps a tendance à s'accumuler dans l'organisme et peut causer ainsi un empoisonnement ; c'est mon opinion de médecin traitant, mais comme médecin expert je n'avais pas à la formuler. Me basant sur ce fait que cette médication avait été employée à l'étranger par un homme compétent, qui affirmait en avoir eu de bons résultats et qui proclamait son innocuité, je n'ai pas hésité à conclure que le médecin n'avait pas commis une faute.

Il y a quelques années, un jeune médecin s'établit près de Sedan, dans une commune où se trouvait déjà un vieux praticien, qui semble ne pas lui avoir fait un affectueux accueil. Un de ses premiers clients fut un jeune homme du pays, qui, se trouvant à Paris, avait été pris de fièvre typhoïde; après quelques jours, on le transporte dans son village et le jeune médecin lui ordonne 4 grammes d'acide salicylique dans une potion à prendre en une heure. Le malade meurt. Assurément, je trouve cette dose d'acide salicylique considérable et jamais je n'oserais donner une telle quantité de ce médicament en une heure, surtout à un malade que je ne connais pas et dont les reins peuvent être en mauvais état, et, cependant, je ne devais pas dire que le médecin avait eu tort.

En effet, le vieux praticien ayant répété un peu partout que son jeune confrère avait occasionné la mort de son malade, je fus commis pour faire l'expertise. Je n'ai pas eu de peine à démontrer que si ce médecin avait donné cette dose d'acide salicylique, c'était parce qu'il avait maintes fois vu un médecin des hôpitaux, Vulpian, dont il avait été l'externe, donner cette même dose sans avoir jamais eu à déplorer le moindre accident ; bien plus, Vulpian venait de faire à l'Académie de médecine une communication sur cette méthode qu'il appuyait de trente observations, dans lesquelles les malades paraissaient avoir recueilli un véritable bénéfice de cette médication ; enfin à l'Académie personne n'avait élevé la voix pour protester contre la quantité d'acide salicylique donnée en aussi peu de temps.

De plus, ne savons-nous pas qu'il arrive souvent dans le cours de la fièvre typhoïde qu'un malade tombe dans le collapsus et meure, sans que l'on puisse en aucune façon incriminer la médication ? Ne trouvons-nous pas des exemples frappants de ce genre de mort au cours de la fièvre typhoïde dans les livres de Louis, de Lorrain, de Wunderlich, et pouvons-nous affirmer que le malade en question n'est pas mort naturellement dans le collapsus, surtout après les fatigues du transport de Paris à Sedan en chemin de fer et de Sedan à son village en voiture ?

Quand il s'agit d'une médication nouvelle, où l'on ne peut être couvert par l'avis d'autres médecins, il faut agir avec la plus grande prudence.

Il y a quelques années, avant les découvertes de Roux en France et de Behring en Allemagne, dans le domaine de la sérumthérapie, un médecin de Paris eut l'idée de saigner des chèvres et d'injecter le sérum à des tuberculeux.

Je fus commis par le parquet pour faire une enquête sur le fait suivant :

Un homme, phtisique peu avancé, vient se faire traiter ; on lui fait l'injection ; notez que pour la pratiquer le médecin n'avait qu'un aide, qui n'était même pas étudiant en médecine ; le malade tombe mort dans le cabinet de consultation. Je ne veux pas discuter la valeur de cette méthode ; je ne veux pas savoir, restant sur le terrain médico-légal, si elle est bonne ou mauvaise, si elle peut amener des désordres capables d'occasionner la mort ; mais ce que je puis affirmer, c'est que l'on a souvent cité le cas d'hommes ne présentant que des signes légers de tuberculose et qui, cependant, ont été frappés de mort subite ; par conséquent, on ne peut dire, dans le cas dont il s'agit, que « le malade est mort du

---

vilenie et nette de forfaiture, il faut d'abord plaindre ceux qui se partageaient sa tendresse, ceux qui jouissaient de son commerce si doux. Mais je ne sais s'il faut le plaindre lui-même et s'il ne faut pas compter plutôt parmi les heureux ces ouvriers de la bonne tâche qui meurent entiers, en laissant derrière eux, avec le souvenir d'une vie qui n'encourut jamais le reproche, celui d'un esprit qui ne connut jamais la défaillance : *Spes illorum immortalitate plena est !* »

Evidemment un homme d'élite ne saurait subir une éclipse totale ; il reste avec nous, en nous, dans ce que nous avons de meilleur, dans nos esprits fécondés par lui, dans nos cœurs réchauffés par la chaleur de sa flamme ; mais, je ne veux pas admettre non plus l'anéantissement complet pour la plupart des fils d'Hippocrate, qui restent dans une honnête moyenne et dont le passé, malgré les faiblesses et les défaillances habituelles, peut se résumer ainsi : peu de mal et pas assez de bien, mais du bien tout de même, beaucoup de bien et le regret tardif d'avoir perdu les occasions d'en faire davantage.

Je ne veux pas graver sur leur cénotaphe la désespérante inscription : *Hic jacet pulvis, et cinis, et nihil !*

Sans faire le malin, ni l'esprit fort, je ne saurais me résoudre à désespérer pour le plus grand nombre des médecins, qui eurent les mains pleines de baumes, qui furent compatissants pour leurs compagnons de chaîne, qui ne connurent jamais la dureté, ni la sécheresse. Je me sens pleinement rassuré pour eux, malgré le mystère inquiétant des nécropoles ; après avoir écarté toute vision d'épouvante, je me plais à rêver pour eux de réincarnation supérieure, de paix et de sérénité sans fin.

Invideo quia quiescunt ! — Il faut encore plus les admirer et les bénir que déplorer leur sort ; peut-être a-t-on même le droit de leur porter envie, puisque, après avoir été ballottés par le temps et les événements, comme de tristes épaves, ils ont trouvé quelque part, dans le vaste inconnu des mondes, le repos sans trouble auquel ils avaient tant de droits. Il est plus facile qu'on ne pense de mourir, quand on est homme de bien, nous apprend une pensée consolante.

En l'infinie tristesse de cette aube de novembre, aux perverses fraîcheurs, alors que la brume enveloppe la terre et que tout agonise dans les champs, pour vous consoler des déceptions de l'heure présente, puissiez-vous entrevoir également l'aurore d'un lendemain réparateur, d'un avenir plus équitable.

Que la plainte lointaine des cloches, qui épandent sur la ville comme d'incertaines lamentations, loin d'aggraver la mélancolie de vos âmes, emporte au contraire votre pensée loin des sombres réalités. Voilez vos regrets de crêpe, soit ; pleurez, si bon vous semble, sur le néant qui est au fond de toutes nos joies, sur la ruine de nos illusions si vite dévastées, mais sans amertume, ni lâche découragement.

Un dernier coup de collier, frères, avant de passer sous la faux macabre ; c'est cet effort ultime qui sera peut-être pour vous la rédemption, ou du moins le couronnement d'une carrière bien remplie !

Dr Grellety (de Vichy).

traitement », attendu qu'il aurait pu se faire que la mort fût survenue subitement en ce moment, sans application de ce traitement.

Le médecin ne fut donc pas poursuivi, mais je dus lui faire remarquer, à lui, combien sa conduite était imprudente. L'essai de médications nouvelles ne peut se faire qu'après des expériences nombreuses et contrôlées sur des animaux, en présence de personnes compétentes, capables de vous prêter instantanément une assistance efficace.

N'oubliez pas que l'homme à qui on a prescrit la médication incriminée était un malade, que dans le cours de toute maladie il y a des surprises, et demandez-vous toujours s'il ne pouvait se faire que, par l'évolution naturelle de son affection, l'accident suspect ait pu se produire.

De plus, il faut s'enquérir des fautes commises par le malade lui-même. Combien de fois n'arrive-t-il pas qu'un malade meurt inopinément pour avoir négligé les avis de son médecin quand, par imprudence, il commet un écart de régime ou fait des efforts violents malgré les conseils qui lui sont donnés ? Ce sont autant de cas de mort que l'on peut parfois attribuer à la médication, et l'enquête ne parvient pas toujours à écarter toutes les chances d'erreur.

Il ne faut pas que le médecin-légiste se laisse impressionner par une erreur de diagnostic considérée en elle-même, alors qu'il lui semble qu'on aurait pu facilement l'éviter ; nous avons tous vu des erreurs de diagnostic ; nous en avons tous fait et pendant les vingt-cinq ans que j'ai passés à la tête d'un service hospitalier, je me le rappelle et mes élèves peuvent aussi s'en souvenir, plusieurs fois j'ai commis de ces erreurs ; mais on ne peut rien nous reprocher, si nous nous sommes minutieusement renseignés, si une fois que les antécédents et les symptômes nous ont éclairés, nous formulons un diagnostic ; il peut n'être pas exact, mais nous l'avons fait avec la préoccupation d'écarter les causes d'erreur ; nous n'avons pas réussi, car nous ne sommes pas infaillibles ; l'on ne doit pas nous en tenir rigueur et nous ne devons pas oublier que les plus grands maîtres ont pu se tromper.

Dupuytren n'a-t-il pas ouvert un anévrysme de l'artère axillaire croyant avoir affaire à un abcès du creux de l'aisselle ?

Je me souviens, alors que j'étais élève du professeur Laugier et qu'il expérimentait le traitement de Scoutetten pour les kystes de l'ovaire par l'électrisation, qu'une femme vint le trouver avec un ventre volumineux. Le chirurgien diagnostiqua un kyste de l'ovaire et le traitement fut aussitôt commencé. Au bout de quelques jours, la tumeur diminua de volume et Laugier espérait déjà pouvoir compter sur un succès, lorsqu'un matin, en arrivant à l'hôpital, nous fûmes très étonnés de voir, auprès de notre malade, un berceau dans lequel notre soi-disant kyste de l'ovaire s'agitait et criait.

Ne soyons donc pas trop sévères les uns envers les autres. Bien souvent, nous n'avons pas fait d'erreur de diagnostic sur la nature de la maladie, mais il n'est pas rare que nous en ayons fait une sur l'étendue de la lésion ou bien qu'une lésion, même importante, soit passée inaperçue sur l'individu vivant. Si l'on prenait la précaution, avant de faire une autopsie, d'écrire en détail le diagnostic anatomo-pathologique, je suis sûr qu'il ne serait pas toujours vérifié dans toutes ses parties. Il serait excessif de ne pas s'en souvenir et de juger un confrère par les seuls résultats de l'autopsie.

La justice doit être égale pour tous, mais ce serait commettre une injustice que de juger avec la même sévérité une erreur commise par un médecin des grandes villes ou un médecin de la campagne. En effet, à Paris, dans un cas de responsabilité, où il y aura eu soit erreur de diagnostic, soit erreur de traitement, le magistrat pourra demander pour quelle raison le médecin de la ville incriminé n'a pas, s'il n'était pas absolument sûr de lui, demandé l'avis d'un consultant. Ainsi moi, qui n'ai pas fait d'accouchement depuis 1871, j'estime que, me trouvant en face d'une femme enceinte, j'aurais tort d'essayer de faire une version, une basiotripsie ou une symphyséotomie, alors que bien d'autres, qu'il m'est facile d'appeler, sont plus aptes que moi à pratiquer ces opérations obstétricales.

Au contraire, à la campagne, il faut que le médecin soit simultanément médecin et chirurgien, accoucheur et oculiste, qu'il soigne aussi bien les maladies urinaires que les affections cutanées, et cependant on ne peut lui demander d'être spécialiste dans chacune de ces parties.

Si vous avez un jour à faire un rapport sur un sujet de médecine spéciale, vous pouvez demander à un spécialiste son avis sur les faits ; mais il ne doit pas rédiger le rapport, car il se pourrait que lui, spécialiste, considérât comme une faute grave, une erreur commise dans la partie dont il s'occupe particulièrement, alors qu'en réalité cette erreur peut être fort pardonnable pour un autre. Rappelez-vous les paroles du lord chief justice de Londres : « Un homme n'est pas tenu d'apporter dans sa tâche une habileté extraordinaire, mais seulement un degré d'habileté normal. »

En terminant cette question de l'expertise en matière de responsabilité, après vous avoir exposé les difficultés de ce rôle bien délicat et envers la justice et envers des confrères, je dois conclure : Je crois que le jugement d'un expert, qui signe le rapport qu'il écrit et par là en prend l'entière responsabilité, est préférable à un jugement rendu par un conseil de médecins. En effet, le médecin légiste, au moment où il signe son rapport, sait que, s'il se trompe dans ses appréciations, cette faute le suivra pendant toute sa carrière, tandis que, dans une commission, personne n'a de responsabilité; à la responsabilité du juge unique qui ne peut se dérober, on substituerait un *anonymat* irresponsable.

(*Gazette des hôpitaux.*)

LA SEMAINE MÉDICALE

Le cas du Dr Laporte et le rapport médico-légal.

Nos lecteurs ont pris connaissance intégrale du rapport médico-légal remis par les experts au sujet de l'affaire du Dr Laporte. Or, il ressort de cette lecture que les vrais responsables, les accusateurs partiaux et aveugles ne sont pas les magistrats, ni M. Bertulus, mais, hélas ! les deux experts, qui ont, l'un, fait une autopsie incomplète et sans valeur scientifique, l'autre, approuvé des conclusions si légères, si peu fondées, qu'un candidat à n'importe quel concours ou examen aurait certainement été refusé s'il en avait fait de pareilles. Nous ne pouvons donc qu'insister pour la création d'un corps spécial de médecins experts, véritablement compétents et qui ne nous exposent plus à de si lamentables erreurs.

La température des nouveau-nés.

Le Dr A. *Bernard*, de Missery (Côte-d'Or), a consacré sa thèse à l'étude de la température chez le nouveau-né. Il a constaté que :

I. — Immédiatement avant la naissance et pendant son passage à travers la filière pelvi-génitale, l'enfant présente une température supérieure à celle de la mère d'environ 6/10 à 8/10 du degré.

Aussitôt après l'expulsion, il entre dans une phase d'abaissement thermique, composée d'une

chute brusque à laquelle succède une période de réparation qui dure plusieurs jours.

Survient alors un stade de température sensiblement constante.

II. — La température du nouveau-né est en rapport avec son degré de développement. Trois catégories peuvent-être établies à ce sujet. Les enfants faibles, chétifs se ressentent davantage des influences extérieures ; ils ont une courbe plus capricieuse, que relève beaucoup la mise en couveuse.

III. — La température des nouveau-nés, un peu plus élevée pendant l'été qu'en hiver, présente des variations diurnes irrégulières sans maximum à heure fixe ; l'après-midi les écarts de température sont plus capricieux que le matin.

Le bain à 33°-35° est suivi d'une légère chute de température.

Le sommeil amène chez le nouveau-né un abaissement thermique; de là, résulte une chute de la température après la tétée et après le change.

Le mouvement produit une élévation thermique, d'où ascension de la température quand l'enfant s'éveille et crie.

Traitement des ulcères et des plaies torpides par la chaleur lumineuse.

D'après les recherches de MM. *Colleville* et François *Laurent*, de Reims, le traitement des ulcères et des plaies torpides, en général, par la chaleur lumineuse, mérite d'entrer dans la pratique courante.

Pour produire cette chaleur lumineuse thérapeutique, voici comment procède M. Colleville: On se sert d'un bec de Bunsen placé horizontalement, relié à une prise de gaz par un tube en caoutchouc et d'un carré de toile métallique grillagée, situé à une distance du bec, telle que sa flamme vienne la lécher en la faisant rougir. La plaie du malade est située, de l'autre côté du grillage, à une distance de vingt à vingt-cinq centimètres; ce qui correspond à une chaleur constante de 40° à 50°. La lumière et l'air interposés entre la toile et la jambe, mis en mouvement par la flamme, exercent aussi leur influence. Le malade reste exposé de vingt minutes à une heure et plus, devant cet appareil, sans en éprouver aucun inconvénient. Une demi-heure est la moyenne du temps d'exposition.

A la fin de chaque séance, on trouve toute la plaie recouverte de sérosité solidifiée à la surface du mal et offrant l'aspect d'un glacis transparent à travers lequel on voit les bourgeons charnus.

Au commencement de la séance, on recouvre le membre d'une compresse percée d'un trou, ne laissant exposée à la chaleur que la surface occupée par l'ulcère. Si le membre est placé dans une position déclive, il faut veiller à ce que la compresse protège efficacement la peau contre l'action irritante du liquide sécrété. Après l'exposition à la chaleur, la plaie restera quelque temps à nu, afin de mieux sécher.

En procédant ainsi, M. le Dr Colleville obtient la cicatrisation complète après un nombre de séances variant de 5 à 25, suivant l'étendue et le degré d'ancienneté de la lésion.

Le procédé de M. Colleville est facile à employer partout où le gaz d'éclairage est installé. Dans le cas où l'on n'a pas le gaz à sa disposition, comme par exemple à la campagne, on pourra utiliser, pour modifier la plaie, l'action de la chaleur solaire, ou la chaleur d'un fourneau, mais on conçoit que, dans ces conditions, il devient plus difficile de régler le degré de chaleur.

M. F. Laurent a perfectionné cet appareil de la façon suivante : Une tige cylindrique de la hauteur d'une personne assise, fixée sur une semelle circulaire ayant une assiette suffisante pour se tenir en équilibre stable, supporte l'instrument à chauffer, dont les pièces se décomposent comme il suit :

Une douille munie d'une vis de pression destinée à arrêter le dit instrument au point voulu, glisse sur la tige.

A la douille est adapté le bec de Bunsen. Le brûleur du bec passe dans un oeilleton mobile, muni d'une vis de pression. L'œilleton comporte une partie d'équerre longue d'environ dix centimètres et percée d'un trou taraudé, destiné à recevoir une vis de pression. Sur l'œilleton à équerre vient s'ajouter une équerre proprement dite d'environ dix centimètres de branche. Sa partie horizontale est munie d'une coulisse destinée à rapprocher ou à éloigner la toile métallique et à la porter à droite ou à gauche. Sur la partie verticale de l'équerre se trouve également un trou taraudé, destiné à recevoir une vis de pression. Le porte toile, muni d'une coulisse, servant à baisser la toile à volonté, est monté sur cette partie verticale. La toile peut varier dans tous les sens, excepté en haut, grâce à la mobilité du porte-toile. On peut aussi la faire glisser, comme on veut, dans la gaine qui la reçoit.

Avec ce dispositif, qui fonctionne au gré de l'opérateur, on peut régler la température, ce qui n'avait pas été fait jusqu'aujourd'hui.

L'appareil a l'avantage d'être transportable. Si le médecin veut s'en procurer un, il peut le prêter à ses clients à condition naturellement que ceux-ci soient éclairés au gaz.

Pour placer la plaie à chauffer de façon que le malade éprouve le moins d'inconvénients possible pendant le temps d'exposition : il faut, si le mal siège à la jambe en avant, placer celle-ci verticalement le pied sur une banquette ; si le mal siège sur une des faces du membre, celui-ci est étendu horizontalement sur la banquette, de façon que l'ulcère soit en face du foyer lumineux ; si le mal siège au cou, la personne sera assise en face du feu. On pourra toujours prendre une position commode pour n'importe quelle région du corps.

Pendant la séance, le patient pourra, le plus souvent, s'il le désire, pour éviter l'ennui d'une demi-heure d'oisiveté, se livrer à un travail manuel ou intellectuel. Une femme pourra coudre, tricoter, etc. ; un homme pourra lire par exemple.

Après chaque séance, il faut protéger le mal par un pansement sec, propre, fait de telle façon que le glacis formé pendant le chauffage, ne puisse être détaché jusqu'au lendemain, que l'ulcère soit à l'abri des coups et des irritations de toute nature, tout en restant exposé à l'influence des agents physiques.

Après plusieurs essais, M. F. *Laurent* s'est arrêté au moyen suivant: On dispose autour de la région malade, une couche de coton hydrophile ; sur le coton, on place un bourrelet circulaire fait d'un petit sac rempli de son, dont les deux bouts sont réunis par quelques points de suture.

Le bourrelet circonscrit la plaie. Quatre ou six cordonnets, cousus au bord externe du bourrelet, servent à le fixer. Sur le tout, on fait passer à la manière d'un pont, un morceau de gaze iodoformée ou de tarlatane. Une bande de toile maintient l'ensemble du pansement. C'est, en somme, une sorte de cage à peu près antiseptique, aérée et même éclairée.

Ce mode de traitement donne des résultats supérieurs aux autres moyens de traitement, surtout à la période où il s'agit de favoriser le bourgeonnement et une rapide kératinisation.

Il rend les cicatrices plus solides et par conséquent plus résistantes aux irritations et aux traumatismes de toutes sortes.

Il a le grand avantage de ne pas assujettir à un repos absolu les malades atteints de ces affections.

Il diminue ou fait disparaître plus rapidement que les autres moyens les douleurs, les crampes, les démangeaisons, etc.

Ce traitement peut être employé à l'hôpital. Les malades qui ne voudraient pas être hospitalisés pourraient venir se faire soigner quotidiennement dans un endroit spécial où une personne les chaufferait et les panserait.

La clientèle privée où le gaz existe peut bénéficier de ce procédé.

Pour ceux qui n'ont pas le privilège d'être éclairés au gaz, la chaleur solaire et les autres procédés de chauffage seront utilisés le mieux possible, en attendant que ce traitement par la chaleur lumineuse soit perfectionné de façon à employer méthodiquement n'importe quelle source de chaleur artificielle,

---

L'eau chrysophore.

Le Dr *Frestier* donne le nom d'eau chrysophore à l'eau électrisée au moyen d'une électrode d'or. Dans l'opération de l'électrisation de l'eau, par l'or, il y a entraînement de ce métal à l'état moléculaire, et par conséquent réduction telle de ce métal qu'il est facilement absorbable par l'estomac. Voici comment on la prépare : Chaque bonbonne contient 12 de ces boules. Elle est revêtue extérieurement d'une feuille d'étain jusqu'au trois quarts de sa hauteur, comme on le fait pour une bouteille de Leyde, et fixée dans une corbeille d'osier.

Une chaîne fait communiquer l'armature extérieure avec la machine électrique. Le tout est placé sur l'isoloir. Dès la mise en action de l'appareil, des étincelles éclatent d'une part entre la boule d'or d'un excitateur qu'on représente ou mieux qu'on place à un support fixe au-dessus de l'eau et d'autre part, entre les boules contenues dans le vase, se propageant comme un feu de file à toutes les parties métalliques. Dans le fond de la bonbonne sont placées les lames d'or fin.

Le jour, on n'aperçoit qu'une étincelle entre la boule de l'excitateur et celle du vase, qui est plus rapprochée de lui; mais dans l'obscurité, on voit l'eau du vase toute lumineuse et une série d'étincelles entre les boules elles-mêmes. Trente à quarante tours de roue suffisent pour électriser l'eau de la bonbonne ; à ce moment les étincelles sont faibles : bientôt même elle cesseraient, bien que l'on continuât la rotation du disque de la machine. Il faut arrêter l'électrisation pour éviter la rupture du vase par surcharge du fluide.

Il est facile d'obvier à cet accident au moyen d'un électromètre qui indique par son élévation le point auquel il faut s'arrêter. La corbeille d'osier rend du reste la rupture moins facile.

L'électrisation de l'eau doit être continuée de quart d'heure en quart d'heure pendant plusieurs heures, et répétée plusieurs jours, quelquefois un mois, de deux à trois heures par jour, pour atteindre la plus grande efficacité possible.

Quand elle est ainsi chargée on la soutire dans des flacons de verre bouchés à l'émeri, entourés d'étain comme à la bouteille de Leyde. »

L'eau ainsi préparée est surchargée d'ozone. Appliquée en pansements, elle arrête les écoulements sanguins et transforme les plaies, même envenimées, en plaies de bonne nature, pouvant, en conséquence, remplacer avantageusement les préparations antiseptiques usuelles qui sont excitantes, quelques-unes même corrosives et d'une odeur plus ou moins désagréable.

Préservatif d'autant plus précieux qu'il est inoffensif, on peut l'employer pour détruire toutes les virulences septiques, voire même les productions diphtériques. C'est à cet agent uni, il faut le dire, à d'autres généraux, que nous avons dû la guérison de ces terribles productions morbides.

L'eau d'or calme presque sur le champ les inflammations oculaires, quelle que soit la cause, ainsi que celles de la peau et de toutes les muqueuses, l'érysipèle et toute espèce de dartre.

Elle guérit (combinée à un traitement interne) et modifie toujours quand elle ne guérit pas complètement, la plupart des dégénérescences de tissus, les épithéliomas de la peau en particulier et des muqueuses accessibles.

Prise en boisson à la dose d'un tiers de verre à liqueur, deux à trois par jour, un quart d'heure avant le repas, elle tonifie le tube digestif, son effet sur les ganglions lymphatiques est désobstruant. Elle agit spécialement sur le cœur, le système artériel et les glandes rénales, dont elle épure la sécrétion, même dans les vieux catarrhes de vessie où en injection elle a des vertus lithontriptiques. Pour les affections de nature spéciale constitutionnelle, la syphilis et ses transformations, hybrides, l'eau d'or est enfin un moyen sans analogue. Nous croyons pouvoir expliquer ici son action par son union moléculaire avec des sels de mercure anciennement absorbés en excès et dont l'élimination se fait trop lentement au gré des malades.

Nous terminerons en faisant le vœu que l'eau électrisée soit admise à bord des navires, pour la boisson des équipages, pendant les voyages de long cours. Son mode d'électrisation devrait être simplifié, mais elle n'en conserverait pas moins ses qualités d'eau potable, tandis que l'eau ordinaire, même distillée, conservée longtemps, ne saurait être salubre ainsi que nous l'avons déclaré devant les membres de la section de navigation. Rappelons encore comme nous l'avons proposé, l'électrisation de l'eau de rivière pour servir à l'alimentation des habitants des villes.

L'exemple de celle du vieux Rhin qui d'infecte devient claire et même appétissante, après 10 minutes d'électrisation, à l'usine du baron Tindall, devrait, il nous semble, décider les municipalités en quête de bonne eau de source, à cher-

cher dans ce sens la solution de cette question capitale et trop souvent insoluble.

De l'ostéomalacie chez la femme.

D'après la thèse du Dr *Lahonda*, de Bordeaux, l'ostéomalacie chez la femme peut guérir ou s'améliorer par un traitement purement médical, dont les préparations calciques, et surtout le phosphore, sont les agents actifs. Néanmoins, on ne saurait compter absolument sur leur action dans tous les cas.

On mettra donc alors en usage le traitement chirurgical, dont Fochier et Fehling sont les promoteurs. La castration double, l'amputation utéro-ovarique et l'opération césarienne enrayent les progrès de l'affection. Mais ces opérations sont de valeur très différente, et la dernière trouve dans l'ostéomalacie nettement gravidique son indication.

L'oophorectomie double et l'opération de Porro restent donc en présence l'une de l'autre ; mais la dernière, ayant sur la castration l'avantage de supprimer sûrement les métrorrhagies, de mettre un terme au processus ostéomalacique et surtout d'être une opération complète, devra lui être préférée.

Administration des poudres et des liquides par les voies respiratoires.

M. le Dr *Le Duc*, de Nantes, a décrit, au Congrès de Moscou, un procédé qui permet aux malades d'introduire, dans les voies respiratoires, les poudres ou les liquides médicamenteux, sans l'emploi du laryngoscope, sans le concours du médecin, et aussi fréquemment qu'il convient de le prescrire. Ce procédé consiste dans l'emploi d'un tube de verre de six millimètres environ de diamètre intérieur, de vingt à vingt-cinq centimètres de longueur, ayant à l'une de ses extrémités une crosse d'un centimètre de longueur et faisant environ un angle de 100° avec le corps du tube ; à quatre centimètres de l'autre extrémité se trouve une courbure d'environ 145°.

Pour se servir de ce tube, on répand sur une assiette la poudre à aspirer, le malade introduit le tube dans la bouche, l'angle de la crosse contre la paroi postérieure du pharynx, la crosse en bas ; il applique l'autre extrémité sur la poudre et aspire ; la poudre entraînée par le courant d'air pénètre profondément dans les voies respiratoires, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par un examen laryngoscopique pratiqué aussitôt après l'aspiration ; on voit alors le larynx et la trachée complètement recouverts de poudre ; si l'opération est bien faite, la poudre ne se répand ni dans la bouche, ni dans le pharynx.

Pour l'aspiration des liquides, on fait plonger l'extrémité inférieure du tube dans un verre à liqueur dans lequel on a mis la dose de liquide à aspirer.

Dans les maladies du larynx, et en particulier dans la laryngite tuberculeuse, ce procédé nous a donné des résultats bien supérieurs à ceux de toutes les autres méthodes de traitement que nous avions employées jusque-là ; par l'aspiration pratiquée quatre à six fois par jour de di-iodoforme en poudre fine, la laryngite tuberculeuse, au début et lorsque l'état général est bon, se guérit ; dans la dernière période de la phtisie laryngée, ce traitement procure aux malades un soulagement qu'ils ne peuvent obtenir autrement ; nous employons alors la formule suivante :

Di-iodoforme............	10 gr.
Chlorhydrate de cocaïne..	0 gr. 10 centigr.
Chlorhydrate morphine..	0 gr. 04 centigr.

en poudre impalpable ; quatre à dix aspirations par jour.

Ce mode de traitement permet d'employer toutes les poudres médicamenteuses, salol, calomel, acide borique, etc.

On peut également aspirer des liquides variés : huiles mentholées, phéniquées, gaïacolées, cocaïnées, etc.

Toutes les laryngites sont justiciables de ce mode de traitement.

Chez la plupart des malades, nous avons vu, sans autre modification dans le régime et le traitement que l'aspiration de poudres ou de liquides, l'état des bronches, des poumons, et l'état général s'améliorer notablement ; ce qui peut être attribué à l'amélioration du larynx ; mais ce qui peut être dû à la pénétration des médicaments dans les bronches, dans les avéoles pulmonaires et dans la circulation générale ; il est évident que les médicaments solubles peuvent être absorbés par cette voie ; l'anthracose et la sidérose nous montrent que les poussières insolubles absorbées avec l'air inspiré peuvent pénétrer à travers les plus fines ramifications bronchiques jusqu'aux alvéoles pulmonaires ; il doit donc en être ainsi des poudres médicamenteuses insolubles introduites dans les voies respiratoires.

Appendicite et annexite.

D'après M. le Dr *Delagenière*, du Mans, il existe une appendicite folliculaire à marche lente, consécutive aux lésions annexielles de l'utérus.

Cette appendicite doit être diagnostiquée avant l'opération, afin de recourir à la voie abdominale pour l'intervention ; mais ce diagnostic est souvent malaisé. Néanmoins les symptômes gastro-intestinaux succédant aux symptômes des salpingites ; la présence à droite de crise douloureuses survenant en dehors des périodes menstruelles, et rappelant en petit la crise d'appendicite, le point douloureux classique, etc., constituent pour nous une symptomatologie suffisante *pour choisir la voie abdominale*. En effet, il importe absolument d'enlever l'appendice malade en même temps que les annexes sous peine de faire une opération incomplète et d'avoir un échec thérapeutique.

Au point de vue de la pathogénie, les appendicites folliculaires qu'on rencontre en même temps que les lésions septiques des annexes ont une origine purement intestinale. La colite ou la typhlite qui préparent l'appendicite sont consécutives aux lésions inflammatoires des annexes, qui se propagent à l'intestin par contact, adhérence, puis formation d'abcès.

Le traitement consiste à réséquer l'appendice au ras du cæcum. On reconnaîtra que l'organe doit être enlevé aux signes suivants : présence d'adhérences même lamelliformes ; sensation kystique perçue vers l'extrémité libre ou sur un point quelconque ; présence de corps étrangers qu'on ne peut pas refouler dans l'intestin ; enfin

arborisations vasculaires intenses à la surface séreuse de l'appendice.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les médecins et la condamnation Laporte.

Les colonnes de notre dernier numéro ont été insuffisantes pour contenir la longue série de protestations et de communications dues à l'émotion des médecins ; à celles qui restent, nous devons donc réserver encore une place aujourd'hui. Plusieurs avaient été, d'ailleurs, adressées à d'autres journaux de médecine en même temps qu'au *Concours médical*, et ont pu paraître la semaine dernière. Il y avait moins d'inconvénient, par cela même, à en différer jusqu'aujourd'hui la reproduction. C'est notre excuse vis-à-vis des confréres qui furent momentanément sacrifiés : ils l'agréeront, nous en sommes certains.

La Pratique des accouchements en l'an de grâce 1900.

Un heureux changement s'est produit, avec le nombre croissant d'affaires médicales (applications de forceps, trachéotomies, etc., malgré les avis formels du parquet); la plupart des praticiens de France ont été déportés. Tous les autres sont dirigés sur l'Ecole de droit, pour y réapprendre la médecine, à l'exception, pourtant, des médecins légistes, qui cumulent leurs fonctions, avec celles de médecins de quartier, sous le contrôle des sages-femmes. Ils ont même tellement pullulé, avec les nécessités du moment, qu'on a pu en garnir la province. Les magistrats, dont le célèbre Barolus, sont devenus médecins consultants, et comme les épidémies ne manquent pas, les tribunaux chôment et la justice est bien rendue. La chirurgie est supprimée et quiconque réclame une opération est enfermé, sans phrase, dans un asile d'aliénés. Les matrones sont professeurs à la Faculté et la médecine officielle est dynamo-végétale et expectante. Le peuple de Paris est enfin rassuré et l'Exposition va s'ouvrir sous d'heureux auspices.

Dans un intérieur bourgeois, une femme en mal d'enfant depuis cinq jours, gémit lamentablement et son mari l'accompagne. Ils sont assistés du célèbre X., médecin légiste.

Le célèbre X. (*à part*) : Chien de métier ! Plus d'expertises à faire ! Plus rien que des malades ! C'est égal ! En ai-je assez expédié de ces demi-confrères, qui plaisantaient la médecine légale. «Faites de la pratique », disaient-ils « et vous vous tromperez moins en appréciant notre conduite » ! Eh bien, m'y voilà en pleine pratique, et je suis bien sûr, moi, de ne pas me tromper. — C'est bien simple... je ne fais rien...

La femme : Han ! (*majeur*), Han (*mineur*).

Le mari : Mon bon docteur, n'y aurait-il rien à faire ?

Le célèbre X. : Appelez-moi magistrat, mon ami. Auprès du lit des malades, il n'y a plus que des magistrats. Si vous avez jamais besoin de moi au prétoire, c'est là qu'il faudra m'appeler Docteur. (A part) : « N'affirmez rien sans l'avoir vu », me disaient-ils. « C'est la règle absolue de la science contemporaine ! » Les bons plaisants ! Une femme meurt blessée, donc on l'a assassinée !

La *femme* : Han ! (mineur), Han ! (étouffé).

Le *mari* : Monsieur le magistrat vous nous oubliez !

Le célèbre X. : Mon ami, vous ne comprenez rien aux règles de la médecine expectante. Il faut suivre nos progrès et laisser faire la nature. D'ailleurs votre femme ne va pas mal.

Le mari : Et l'enfant ?

Le célèbre X. : L'enfant ? Mais décidément vous en êtes encore au temps où ce pauvre Pinard faisait afficher : « L'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu ! » Aujourd'hui nous disons mieux : « L'intervention sur la femme vivante, sur l'enfant vivant ou mort a vécu ! » Nous n'intervenons plus que sur les femmes mortes, pour nous assurer qu'on n'a rien fait. Je ne puis pourtant pas pour vous satisfaire, donner à un de mes collègues l'occasion de me pincer. (Il allume une cigarette.)

Le mari (devenant agressif) : Alors vous allez attendre comme ça, hypocritement, que mon enfant meure et ma femme après ?

Le célèbre X.: Croyez-vous donc qu'il ne faille pas un certain courage, pour regarder la mort en face et sans broncher ? D'ailleurs, c'est la loi,

Le mari : La loi, c'est possible, mais je veux un autre avis.

Le célèbre X. : Nous pourrions demander une sage-femme, comme il est de régle maintenant.

Le mari : Non, je veux encore mieux.

Le célèbre X. : Alors, demandez Barolus.

Le mari prend son chapeau, part en coup de vent et revient au bout d'une heure conduisant Barolus. Barolus (entrant, très calme, ainsi qu'il convient): La sieur un tel ne va donc pas ?

Le célèbre X. (s'éveillant d'un long somme): Ça ne va pas mal, je vous remercie.

Barolus (toujours très calme) : L'enfant est-il mort ?

Le célèbre X. : Je pense que oui.

Et la femme est vivante ? (Il approche une glace de la bouche de la moribonde). Parfaitement ! Il n'y a donc qu'à continuer.

Le mari : Ah pour ça non ! Il faut faire quelque chose.

Barolus : Attendez, j'ai mon truc ! Le truc qui fait accoucher tous les prévenus !

Le célèbre X. : Tu m'intéresses.

Barolus (D'une voix forte) : « Madame je vous arrête ! »

La femme, saisie, accouche d'un enfant mort et trépasse.

Le célèbre X. : C'est merveilleux ! A toi touché, Pinard !

Dr Paul Petit.

Lettre du Dr Jean Camescasse (de Saint-Arnoult), membre du *Concours médical*, au Parquet de Rambouillet.

Monsieur le Procureur de la République, à Rambouillet,

J'ai l'honneur de soumettre à votre haute interprétation l'embarras où je me trouve par suite de la coïncidence de deux faits difficiles à concilier.

1° La condamnation du Dr Laporte pour différents motifs, et entr'autres pour celui-ci : « Il a osé pratiquer *seul* une opération qu'il *n'avait jamais pratiquée auparavant.* »

2° La nécessité où je vais me trouver de pratiquer *seul* (1) (il s'agit d'un indigent) une opération que *je n'ai jamais faite*, que je n'ai jamais vu faire.

Voici d'ailleurs les détails :

Le jeune D.., habitant chez ses parents, à Saint-Arnoult, au lieu dit « les Fourneaux », est atteint depuis huit à dix jours d'une *appendicite* qui me paraît en voie de suppuration. L'état de cet enfant s'aggrave de jour en jour ; je dois prévoir, je *devais* prévoir une intervention dans deux circonstances différentes : *in extremis*, s'il survient de la péritonite, avec toutes les chances possibles de voir mourir mon malade quand même ; *aussitôt que* la présence du pus me paraîtra très probable (je ne dis pas certaine) avec beaucoup plus de chances d'être utile.

Ces faits étant posés, que dois-je faire aujourd'hui ?

(1) J'entends seul responsable.

Il y a trois mois, je n'aurais pas hésité : j'aurais proposé l'intervention rapide ; je l'aurais, profitant de l'autorité morale du médecin, *imposée*, cette intervention. J'aurais bravé les risques d'un échec, les risques d'un faux mouvement de ma part, d'un malheur dans l'administration du chloroforme. J'aurais, avec plus de peine que n'en a un chirurgien de grand hôpital, complété mon arsenal chirurgical comme j'aurais pu, employant deux petites pinces à la place d'une grande. J'aurais fait *comme on peut*, de mon mieux, mais certainement pas aussi bien qu'il est possible de faire.

....

.... J'ai eu la malchance autrefois, d'avoir un ennui au cours d'une de mes dernières opérations : *une vessie déchirée* (1) en pratiquant une kélotomie suivie de cure radicale. La malade a d'ailleurs eu la malice de guérir tant et si bien qu'elle ignorerait cet... incident, si de mauvaises langues n'avaient eu l'extrême obligeance de lui apprendre, moins de 48 heures après l'opération, qu'elle devait mourir parce que je lui avais « crevé une poche » !

A la vérité, j'aurais repris quelque courage, malgré ce fait pénible pour moi seul, en songeant que d'une part, tous mes kélotomisés étaient vivants, et que, d'autre part, « sur quatre fois qu'il a rencontré la vessie au cours d'une cure radicale, un « grand chirurgien des hôpitaux de Paris l'a *déchirée deux fois* ». Cette leçon m'avait presque persuadé que j'avais été un juge trop sévère pour moi-même.

Mais le jugement d'hier me confond plus que vous ne pouvez croire, monsieur le procureur de la République. Le trouble, où il me met, dépasse la profonde indignation que m'avait causée l'arrestation préventive du malheureux docteur Laporte.

Pour le bien du jeune D..., pour ce que je crois tel au moins, il me faudrait tout mon courage et toute ma liberté d'esprit. C'était bien assez de mon émotion à vaincre au moment de lui ouvrir le ventre. Je n'ai plus de courage ! Mon esprit est loin d'être libre.

En vain, je veux me persuader que la famille de cet enfant a pour moi affection et respect ; en vain je me dis que cet enfant lui-même m'appelle au secours quand il souffre et que je vais probablement (les choses ne sont jamais certaines en mon état) le laisser mourir......

JE NE PEUX PAS INTERVENIR. Je n'ai jamais opéré d'appendicite, je n'en ai jamais vu opérer. Je n'ai certainement pas tous les outils *ad hoc*. Je ne suis, qu'un chirurgien d'occasion. Il est vrai que je ne suis plus tout à fait dans la misère, mais il y a si peu de temps !....

Je vous demande donc, monsieur le procureur de la République, de vouloir bien m'éclairer. Je croyais connaître très exactement les droits et les devoirs des hommes de ma profession (peut-être trouveriez-vous à Rambouillet des magistrats qui avaient la même opinion sur mon compte) ; je viens d'apprendre que je me faisais grandement illusion.

Que dois-je faire pour cet enfant ?

Je vous prie de croire, Monsieur, à mon entière considération.

Docteur Jean CAMESCASSE.

Les médecins n'ont pas été les seuls à souligner le côté absurde de l'arrêt de la neuvième chambre du tribunal de la Seine. M. Alf. Capus, dans le *Figaro*, nous a montré le substitut Branchot enlevé de vive force dans sa chambre par un mari, qui ne veut confier qu'à lui l'accouchement de sa femme. Un autre journaliste, M. Rambosson, a proposé l'abrogation de la loi Chevandier, qui serait remplacée par le texte suivant :

(1) MM. les docteurs Thouvenin (de Bonnelles), Brionne (d'Ablis) et Humbert (de Rambouillet) ont été les témoins autorisés de cet accident.

Article premier. — Les opérations urgentes sont supprimées.

Art. 2. — Il est désormais interdit de conserver quelqu'espoir dans les cas désespérés. Les médecins devront, dorénavant, être suffisamment au courant de la signification des mots de la langue française, pour savoir que, si certains cas ont été ainsi nommés *désespérés*, c'est qu'en ces cas, il n'est rien à faire. Essayer d'enrayer le mal dans ces conditions serait, à la fois, montrer quelque suffisance et se targuer d'humanité, c'est-à-dire, au point de vue de la justice, être doublement coupable.

Art. 3. — Il est interdit à tout accoucheur de commencer à pratiquer les devoirs de sa profession avant son cent vingt-cinquième accouchement.

Art. 4. — Dans tout accouchement, le médecin devra se faire assister par un agent de la force publique et par la concierge de la maison. En cas d'absence de la concierge, celle-ci devra être remplacée par la personne du quartier, qui aura vu le plus d'accouchements dans sa vie.

Art. 5. — L'agent de la force publique sera autorisé à user de brutalité comme à l'ordinaire, si le médecin ne se contente point de surveiller le travail de la nature et surtout, s'il paraît décidé à se servir d'instruments.

Art. 6. — Lorsque le médecin — fût-il de l'Académie — sera embarrassé, il devra demander conseil sur la détermination à prendre, au président d'une cour correctionnelle de son ressort.

Art. 7 et dernier. — Il sera interdit d'exercer à tout médecin, qui aura un loyer inférieur à 400 francs.

Mais revenons au genre sévère avec les lettres suivantes :

31 octobre 1897.

Monsieur le Directeur et bien honoré Confrère,

Je vous envoie mon obole de grand cœur pour la souscription de notre pauvre confrère Laporte, regrettant que nous n'ayons que cette manière platonique de protester contre l'ingérence de la justice dans les choses de notre profession !!

J'entendais, il y a quelque temps, un magistrat dire à propos d'une question d'honoraires médicaux litigieux : « le médecin est payé par le malade pour lui faire de la bonne besogne ; qu'il le guérisse donc s'il veut être largement payé !!! ? ».

A ce même magistrat, j'ai répondu : « Dans le cours de l'année 1896, vous avez eu onze jugements réformés en appel ; cependant, nous vous payons pour rendre de la bonne justice ; que diriez-vous si, pour chaque jugement réformé, l'État vous retenait 80 ou 100 fr. ? Tête du magistrat qui n'a rien trouvé à répondre.

Que l'horizon de la médecine est noir !

Merci à vous qui faites tous vos efforts pour que le nuage soit moins sombre.

Dr ROLAND.

Monsieur le Directeur du *Concours médical* et honoré Confrère,

L'affaire Laporte fera couler des flots d'encre..... permettez-moi de détacher de « la Libre Parole » du 24 octobre 1897 cet extrait d'un article intitulé « Leur Justice » et de le mettre sous les yeux de mes confrères du Concours :

« Le Dr P..., 3, rue de G... (nom et adresse en toutes lettres) est un des médecins de la polyclinique « Rothschild. Au mois de septembre de l'année dernière, on lui présente un enfant atteint de strabisme. Il juge qu'une opération est nécessaire. La « famille, sans défiance, lui confie le gamin. Le docteur l'endort. *Mais le chloroforme a été mal administré*. L'enfant meurt....... Que fait le Parquet ? Il ne « bouge point. Il ne se préoccupe pas de savoir si « la mort a été causée par l'*ignorance* ou la *négligence* de l'opérateur : *l'homicide par imprudence est pourtant patent*, etc..., etc.... »

Le journaliste, qui n'est pas un inconnu, trouve injuste qu'on n'ait pas poursuivi le Dr P... Après

l'affaire Laporte, qui peut l'en blâmer ou hausser les épaules, devant son désir ! Vous voyez où cela peut nous mener.

La mort par chloroforme arrive malheureusement quelquefois, et peut arriver demain à l'un de nos opérés. Devra-t-on nous envoyer à Mazas ou tout au moins en correctionnelle pour établir notre innocence qui sera *peut-être* reconnue ! En un mot, devrons-nous, nous attendre à devenir du jour au lendemain un simple gibier de correctionnelle, accusé d'homicide par imprudence !

Quel médecin osera maintenant chloroformiser ! quel praticien, si vieux, si expérimenté, si savant qu'il soit, osera le faire quand une syncope, *qu'il ne peut prévoir*, peut le faire traîner devant un tribunal pour entendre (après avis des témoins compétents, concierges, voisins, commères quelconques) discuter s'il y a « ignorance ou négligence », s'il est un criminel ou un incapable !

Retournez ensuite auprès de vos malades et poursuivez votre carrière, si vous l'osez !

C'est la théorie du « laisser mourir » qui va s'installer ! Triste ! Triste !

Recevez, Monsieur et honoré confrère, mes meilleures salutations.

D[r] Fernand DECOURT,

de Mitry-Mory (Seine-et-Marne).
membre du *Concours Médical*.

Ces vues pessimistes de notre correspondant ne sont pas celles du professeur Lacassagne, car, après avoir protesté contre l'insuffisance du nombre des experts dans l'affaire Laporte et contre le refus de l'expertise contradictoire, il termine ainsi son article du *Lyon médical* :

L'éloquent défenseur, M[e] Henri Robert, a dit que les médecins pouvant craindre des poursuites, préféreraient dorénavant laisser mourir leurs clients, que de risquer la police correctionnelle.

Rassurons l'éminent avocat. Les médecins n'adopteront jamais la méthode des bras croisés ; ils ne laisseront pas mourir leurs malades, quand ils auront chance de les sauver par une intervention même compromettante pour eux-mêmes.

Notre rôle, à nous, c'est de soulager ou de guérir, et tous les articles du Code ne prévaudront pas contre cette incarnation de charité et de dévouement.

Mais M. Huchard se montre moins rassuré, dans le *Journal des Praticiens*, où il fait le récit suivant :

Le soir même de la condamnation du D[r] Laporte, j'étais appelé dans la banlieue de Paris pour un malade atteint d'un œdème aigu du poumon au cours d'une néphro-sclérose. Quand j'arrivai, il venait de succomber.

« Alors, vous l'avez saigné, dis-je à mon confrère ? Car vous savez que, souvent dans ces cas, la saignée opère des miracles ! »

— « Non, je ne l'ai pas saigné, me répondit-il d'un air grave ; je voulais le faire, mais songez donc ! Le malade était au plus mal, c'était un moribond, il pouvait succomber après l'émission sanguine. *Post hoc, ergo propter hoc*; et alors c'était une autre affaire Laporte, qui recommençait pour moi. Ce qu'il faut craindre maintenant, ce n'est pas la prison, c'est ce qui précède ; ce sont les commérages, les dénonciations des journaux, votre nom traîné partout, l'avenir brisé, une fortune effondrée, des rêves d'avenir envolés, l'honneur suspecté, des études perdues, une vie honorable à tout jamais compromise... Alors, je me suis abstenu. »

Mon confrère avait dit. Je lui donnai la main tristement, et je partis...

Pour terminer cette revue de nos documents, constatons que la presse médicale, depuis que sont connus les rapports des experts, fait porter à ceux-ci la plus grosse part de responsabilité dans cette déplorable aventure. Nous ne nous élèverons pas contre cette opinion, qui paraît très fondée : seulement nous ferons remarquer qu'elle n'atténue pas le tort du tribunal, si bien éclairé par le P[r] Pinard. La faute des uns n'exclut pas celle des autres : et la réparation s'impose avec une urgence de plus en plus évidente.

CORRESPONDANCE

A mes Confrères, membres du Concours médical.

Mes chers Confrères,

Depuis trois mois, j'ai travaillé à la formation d'un Comité de patronage, qui est enfin constitué et qui se propose d'honorer la mémoire d'une des illustrations du Beauvaisis, de la vallée de Bray, d'un des nôtres et des plus grands.

Monsieur le Professeur Brouardel, doyen de la faculté de Médecine et Monsieur le Professeur Laboulbène ont accepté avec plaisir la présidence d'honneur de ce comité.

Ce comité, dont j'ai pris l'initiative dans le canton du Coudray-Saint-Germer avec M. Delaherche, conseiller d'arrondissement du canton, mon beau-père et M. Dubos, maire de Hodenc-en-Bray, se propose l'érection d'un buste à Guy-Patin, né au hameau de la Place en 1601, en la commune de Hodenc-en-Bray (Oise), son pays natal.

Guy-Patin, vous le savez, appartient à l'histoire du « grand siècle » et à la médecine et à la littérature. En son temps, il fut un des médecins les plus fameux. Sur les conseils de Riolan, il étudia la médecine, ses débuts furent brillants ; pendant son baccalauréat, il fut fait archidiacre des Ecoles, quelque chose comme chef des travaux anatomiques ; ensuite il fut coiffé du bonnet doctoral le 17 décembre 1622. Dix ans plus tard, on le voit professeur de chirurgie à la Faculté de Médecine; puis au Collège de France. Il fut élu doyen de la Faculté de Médecine, en 1650 et 1651 et nul n'a été plus que lui un doyen vigilant et très rigide observateur des statuts de la Faculté.

Si le Doyen de la Faculté de Paris est resté célèbre par ses démêlés avec le médecin de Montpellier Théophraste Renaudot, le fondateur de la presse périodique et par l'animosité qu'il avait vouée à la Médecine Moderne, il est un titre, par contre, qui lui donne droit à notre admiration, c'est l'amitié, oui, l'amitié, aussi vive chez lui et qui a inspiré à l'homme « honneste », épris des choses de l'antiquité et de la Renaissance, ses lettres si curieuses et mordantes sur la société de son époque.

Guy-Patin avait une érudition immense, une mémoire prodigieuse. Dans ses lettres écrites aux Belin, de Troyes, à Charles Spon et Falconnet de Lyon, aux de Salins, de Beaune et autres savants illustres de son temps, Guy-Patin s'est montré tour à tour philosophe, poète, bibliographe consommé.

Ce satirique qui a si bien, dans ses lettres, tantôt sérieuses, tantôt plaisantes, flagellé les vices, les abus, les ridicules de son époque, est un esprit éminemment français, qui devance Voltaire et a grandement honoré notre littérature.

Il fut au surplus un médecin d'une rigide probité, d'une vertu farouche, pour rappeler ce qu'a dit de lui l'historien si intègre et si loyal de l'ancienne Faculté de Médecine, Jacques Albert Hazon.

Tel est l'homme éminent des siècles passés, dont il existe à l'Ecole un beau portrait, qui est d'Antoine Masson, de 1670.

C'est ce portrait que nous voudrions faire revivre par le bronze au pays natal de Guy-Patin, près de la vieille Eglise d'Hodenc-en-Bray qu'il a connue.

C'est à cette œuvre de réparation à la mémoire trop négligée de notre illustre Confrère des temps

passés, que je viens instamment vous convier, mes chers Confrères, afin qu'à côté de Renaudot, son adversaire, l'humanitaire Renaudot, qui a maintenant sa statue à Loudun et à Paris, Guy-Patin, le célèbre et satirique Doyen de l'ancienne Faculté, ait lui aussi un modeste buste dans son pays natal.

J'espère, mes chers Confrères, que votre appui moral et vos suffrages, auprès d'un si grand nom, que Guy-Patin, le fougueux Doyen du XVIIe siècle, qui défendit avec une énergie extrême et avec toute la fureur dogmatique, qui était alors dans les mœurs, les droits sacrés de l'ancienne Faculté et les intérêts non moins sacrés de notre profession, j'espère, dis-je, que votre appui moral et vos bienveillants suffrages me soutiendront dans la tâche, que j'ai entreprise.

Puissiez-vous m'accorder bientôt, si vous le voulez bien, un peu de votre encouragement pécuniaire, un peu de votre bourse, si minime que soit l'offrande, afin qu'à mon retour de notre réunion amicale du 14 novembre, je puisse redire aux compatriotes de Guy-Patin, qui vénèrent sa mémoire :

Mes chers amis ! voilà l'offrande, l'apport pécuniaire du Corps Médical, qui se souvient en faveur d'un de ses plus vigilants et intransigeants soutiens dans l'histoire, en faveur d'un des plus jaloux, des plus acharnés, des plus farouches défenseurs de ses droits et de ses prérogatives, même à la face du pouvoir, quand ce pouvoir c'était celui de Richelieu, même à la face de la Magistrature, quand celle-ci s'immisçait insolemment dans les choses sacrées de la Médecine, choses qui ne relèvent que de notre seule et unique conscience.

Le Corps Médical, pour honorer les siens, pour glorifier les plus illustres de ses membres après leur mort, comme pour soutenir les plus humbles au milieu des nécessités de la vie, est et demeure comme au temps de Guy-Patin, « un et indivisible » fidèle observateur en cela de la tradition et du serment hippocratique.

Dr COQUERELLE.

Beauvais (Oise), le 29 octobre 1897.

Au Dr Lecerf, à Saint-Julien de Concelles.

La lettre, que vous avez publiée dans le dernier numéro du *Concours* pourrait laisser croire que la plupart des médecins de Vichy pratiquent la dichotomie. Or, sans avoir à défendre personne, je crois pouvoir affirmer, avec une certaine certitude, que la presqu'unanimité des médecins, qui exercent dans la station, ne se prête pas à ce petit... compromis.

Inutile, pour expliquer cette réserve, de monter sur le grand dada de la déontologie, de parler de correction, d'honorabilité ; une raison toute prosaïque suffira : ce serait, en effet, une duperie de procéder autrement ; il ne resterait plus aucun bénéfice au médecin aquatique, qui abandonnerait à son correspondant la moitié de ses honoraires, l'autre moitié étant à peu près absorbée par ses frais généraux.

S'il en est qui partagent la poire en deux, selon l'expression populaire, et croient ainsi arriver à la clientèle ; ils font fausse route ; l'anémie de leur budget, à la fin de la saison, doit le leur démontrer.

Votre cliente a donc trop pris à la lettre un potin local, qui ne saurait viser que de rares individualités, dont le sort n'est pas digne d'envie, et, il n'y a pas lieu, croyez-moi, de généraliser.

Agréez, etc.

Dr GRELLETY.

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai été invité à me rendre à quatre lieues de mon domicile pour répondre à l'interrogatoire du juge d'instruction, au sujet d'une femme morte chez une sage-femme des suites d'avortement. J'avais, sur la prière du confrère, qui la soignait, visité cette femme dans ses derniers moments.

Mon interrogatoire fini, j'ai prié M. le Procureur de me dire comment je serais payé de mon voyage et de ma journée perdue. M. le Procureur m'a répondu que je serais taxé comme simple témoin — et j'ai reçu quelques jours après mon petit compte s'élevant à la somme de 3 fr. 40. — On me faisait un cadeau, car la distance n'était, je crois, que de 16 kilomètres et non 17.

J'avais fait faire huit lieues à mon cheval, j'avais passé huit heures hors de chez moi et n'étais rentré qu'à la nuit.

Je me suis adressé au Ministre de la Justice et j'ai reçu une nouvelle taxe, conforme en tous points à mon calcul. Seize kilomètres pour aller, seize pour revenir font bien 32 kilomètres. A quarante centimes le kilomètre, cela fait bien douze francs, quatre-vingts centimes et pour ma déposition comme médecin, cinq francs. Total 17,80. C'était bien mon compte.

J'ai l'honneur de faire part du résultat obtenu à mes confrères du Concours médical, pour qu'ils puissent à l'occasion réclamer et obtenir satisfaction.

C...

Très honoré Confrère,

La lettre du Dr Lecerf, parue dans le n° du 23 octobre du *Concours médical*, me remet en mémoire deux faits analogues, qui me sont personnels.

Le premier montre combien l'idée de *dichotomie*, commence à entrer dans le public. Un jour, un parfumeur que je compte parmi mes clients m'a proposé *un sou* (!) sur chaque bouteille d'eau antipelliculaire que je lui ferais vendre. La proposition était faite de si bonne foi, et mon client était un si honnête homme qu'il n'y avait qu'à en rire ; c'est ce que j'ai fait.

La seconde histoire est bien bonne, et bien que j'en sois victime, je ne puis m'empêcher d'admirer l'habileté avec laquelle j'ai été *refait*.

Le prédécesseur du cabinet que j'occupe avait l'habitude de *partager* avec les sages-femmes de son quartier. J'ai rompu avec cette tradition et aussitôt le vide s'est fait autour de moi. Une de ces matrones, cependant, m'envoya chercher pour faire une application de forceps, bien que j'eusse fait comprendre que je n'aimais pas à partager mes honoraires, et voici comment elle s'y prit pour se faire payer.

Il avait été convenu, devant la malade, que j'enverrais ma note sous peu. C'était la sage-femme qui devait me régler. En effet, au bout d'une dizaine de jours j'envoie, par mon domestique, ma note, et bien tranquille, j'attends qu'on vienne chez moi. Quinze jours, un mois se passent, rien ne vient. Au bout de deux mois je réitère ma demande. La sage-femme me fait répondre que ma cliente est partie et qu'elle a mission de me régler mes honoraires.

Je me doutais bien que ces tergiversations étaient pour en venir à la *dichotomie* ; je m'en doutais si bien que je demandai conseil au président du Syndicat de la Seine sur les moyens d'y parer ; mais je ne me doutais pas de la scène de haute comédie qu'on allait me jouer.

Un matin, je passe chez ma sage-femme ; ON se montre tout disposé à payer ce qui m'est dû. ON me fait asseoir, ON me prie de faire le reçu, le mari va lui-même chercher un timbre. Je fais un reçu en règle qu'ON *empoche*, et comme je tends la main, on me donne *la moitié* de ce que j'avais consigné sur le dit reçu.

Pas de récriminations à faire, le reçu était entre les mains de la sage-femme, et en règle. Il n'y avait qu'à prendre son chapeau et à s'en aller en faisant claquer les portes. C'est ce que j'ai fait, et puisse mon histoire servir d'exemple.

D^r X.

REPORTAGE MÉDICAL

Souscription Laporte, 2e LISTE. — MM. les docteurs Wurtz, Compiègne, 5 fr. ; Leblanc, Saint-Pourcain, 5 fr. ; Pilven, Quimper. 3 fr. ; Feillet, Plougastel, 1 fr. ; Mesnard, Paris, 5 fr. ; Roy, Sainte-Foy, 2 fr. ; Martin, Cousobre, 1 fr. ; Bruslé, Paris, 5 fr. ; Grognot, Laivre, 1 fr. ; Picard, Morannes, 1 fr. ; Dumont, Saint-Vaury, 1 fr. ; Leuillieux, Conlie, 5 fr. ; Malzac, Lasalle, 5 fr. ; Bourguet, Sommières, 1 fr. ; de Lastens, Saint-Félix, 1 fr. ; Guillaume, Nogent-le-Roi, 3 fr. ; Gaud, Melle, 3 fr. ; Destord, Siorac, 2 fr. ; Pichancourt, Bourgogne, 5 fr. ; Lefebvre, Bohain, 3 fr. ; Rabjeau, Ingrandes, 5 fr. ; Glindziez, Couilly, 5 fr. ; Nercam, Aillas, 5 fr. ; Boury, Vignacourt, 1 fr. ; Guillon, La Tremblade, 1 fr. ; Rousseau, Pont-l'Abbé, 1 fr. ; Guyader, Brest, 1 fr. ; Margery, Sannois, 5 fr. ; Lemaire, Nouvion-en-Th., 2 fr. ; Cornet, Marennes, 5 fr. ; Cabasse, Vaucouleurs, 1 fr. ; Engel, Montfaucon, 3 fr. ; Lavigne, Aulnay, 2 fr. ; Moreau, Chaource, 1 fr. ; Poussin, Neubourg, 2 fr. ; Paraire, Arles-sur-T. 2 fr. ; Joly, Fauquembergue, 1 fr. ; Cazaux, Paris, 2 fr. ; Dechoudans, St-Jean.-de-G. 2 fr. ; Lombard, Terrasson, 1 fr. ; Fraenkel, Paris, 5 fr. ; Poncet, Aulezy, 5 fr. ; Jacob, Guerchy, 5 fr. ; Reumaux, Havre, 5 fr. ; Rebière, Bonnières, 5 fr. ; Guichamans, Arzacq, 2 fr. ; Maire, Péage, 2 fr. ; Courgey, Ivry, 2 fr. ; Martinet, Villenauxe, 2 fr. ; Brun, Lherm, 5 fr. ; Giberton, Jouy-en-Josas, 5 fr. ; Lory, Ferté-Macé, 2 fr. ; Lablancherie, Matha, 1 fr. ; Ribard, Meudon, 5 fr. ; Goy, Marseille, 5 fr. ; Guyard, Malesherbes, 2 fr. ; Bergés, Houdan, 2 fr. ; Basley, Bayeux, 5 fr. ; Bollard, Imphy, 2 fr. ; Dresch, Foix, 5 fr. ; Bard, Lyon, 5 fr. ; Syndicat de l'arrondissement de Saumur, MM. les docteurs Tabaraud, 1 fr. ; Peton, 1 fr. ; Coutand, 1 fr. ; Gagnerot, 1 fr. ; Torteil, 1 fr. ; Rarois, 1 fr. ; Lionnet, 1 fr. ; Mengus, 1 fr. ; Milsonneau, 1 fr. ; Carré, 1 fr. ; Gaudrez, 1 fr. ; David, 1 fr. ; Levraud, 1 fr. ; Peyraudeau, 1 fr. ; Chardonneau, 1 fr. ; Bontemps, 1 fr. ; Perreau, 1 fr. ; Renon, 1 fr. ; Seigneur, 1 fr. ; Paterne, 1 fr. ; Courtois, 1 fr. ; Chonllou, 1 fr. ; Evrard, 1 fr. ; Menut, 1 fr. ; Baudriller, 1 fr. ; Lallemand, 1 fr. ; Coutand, de Mauliperne, 1 fr. ; Métivier, 1 fr. ; Gilbert, 1 fr. ; Lautier, Vans, 5 fr. ; Hervouet, Paris, 5 fr. ; Pénot, Malesherbes, 2 fr. ; Chapoutot, Buxières, 2 fr. ; Treille, Lavaveix, 3 fr. ; Houzel, de Boulogne, 5 fr. ; Pialoux, Saint-Miard, 2 fr. ; Dupret, Mondoubleau, 2 fr. ; Sypiarski, Mont-Saint-Martin, 2 fr. ; Crouzel, Prayssas, 3 fr. ; Clément, Brienne, 2 fr. ; Saquet, Nantes, 5 fr. ; Ferrand, Saint-Malo, 3 fr. ; Delouard, Bethisy, 5 fr. ; Audollent, Paris, 2 fr. ; Arnaud, Rochette, 5 fr. ; Héliot, Meulan, 5 fr.

— *Association de la presse médicale française*, secrétariat général : 93, boulevard Saint-Germain, Paris. — *Réunion du 5 novembre* 1897. — Le 5 novembre 1897 a eu lieu la trente-huitième réunion de l'*Association de la Presse médicale*, sous la présidence de M. le Pr CORNIL. Vingt-six personnes y assistaient.

MM. les Drs Ollivier, Blondel et Chevallereau ont été nommés rapporteurs des candidatures de MM. J. BERGONIÉ (de Bordeaux) (*Archives d'Electricité médicale*) ; MONTPROFIT (d'Angers) (*Anjou médical*) ; LAURENT (de Paris) (*Indépendance médicale*) ; Georges BAUDOUIN (*Annales d'Hydrologie*).

Correspondance : Remerciements de M. le Dr Morice, nommé membre titulaire dans la dernière séance ; lettre de M. le Pr Grasset, relative à l'organisation du service de la Presse au *Congrès français de Médecine* de Montpellier ; lettre de M. le Dr Laborde, relative à la nomination d'un Comité des *Congrès de l'Exposition de* 1900.

La réunion, à laquelle assistait M. ROCHER, avocat, conseil judiciaire de l'Association, a longuement discuté l'*Affaire Laporte*.

M. CÉZILLY a proposé la création d'un *Conseil médical*, composé d'un délégué de toutes les Sociétés médicales constituées. Ce Comité de défense permanent serait à la disposition de tout médecin en détresse.

Le Secrétaire général,
Marcel BAUDOUIN.

— *Souscription au profit de la caisse de défense et à l'occasion de l'affaire du Dr Laporte.* — AU CORPS MÉDICAL : Plus que jamais, le rôle du Corps médical est discuté et attaqué sans mesure. Par-dessus un confrère victime d'une arrestation préventive injustifiée et condamné après les débats que chacun a pu suivre, c'est la corporation tout entière qui est visée.

L'indignation est profonde parmi les médecins de France et la surprise est nettement formulée dans les journaux de tous les partis.

L'heure est venue de guider cet élan de solidarité vers un objectif immédiat : *la sauvegarde du médecin dans les circonstances difficiles.*

Il ne suffit pas de protester ; il faut mettre en action tous nos moyens moraux et matériels.

L'Union des Syndicats médicaux de France et le *Syndicat des médecins de la Seine* font appel au concours de chacun. Ils ouvrent une souscription, sans limite de versements, pour créer une *Caisse de défense professionnelle*. Les fonds serviront à venir en aide au Dr Laporte dans la mesure du nécessaire et dans l'avenir, à prendre en main les causes où l'honneur et l'intérêt du Corps médical seront en jeu.

Le Président, Dr PORSON. *Le Secrétaire général*, Dr J. NOIR.

La doctrine de M. Dupin en matière de responsabilité médicale. — M. H. Robert s'autorisait récemment de cette doctrine pour plaider l'acquittement du Dr Laporte : le président Richard s'en accommoda pour le condamner. Un rédacteur de la *France médicale* s'est ému de cette constatation, il a couru au texte, et voici ce qu'il nous dit de ce miracle de l'interprétation :

Le jugement estime « que l'action des tribunaux commence et s'exerce là où il y a de la part du médecin faute lourde, négligence, légèreté, impéritie ou ignorance des choses que tout homme de l'art doit nécessairement savoir ; que telle est la doctrine de M. le procureur général Dupin dans le réquisitoire dont une partie a été lue à l'audience ».

Nous croyons utile de mettre ce passage sous les yeux des lecteurs ; ceux-ci verront que M. Dupin, procureur général près la Cour de cassation, envisageait d'une façon beaucoup plus large que ne l'a fait la neuvième chambre, la question de responsabilité pénale des chirurgiens, puisqu'il estime que les tribunaux n'ont pas à se faire juges de l'opportunité d'une opération, de l'adresse ou de la malhabileté de l'opérateur, de l'utilité de tel ou tel instrument.

« Il ne s'agit pas, dit-il, de savoir si tel traitement a été ordonné à propos ou mal à propos, s'il devait avoir des effets salutaires ou nuisibles, si un autre n'aurait pas été préférable, si telle opération était ou non indispensable, s'il y a eu imprudence ou non à la hasarder, *adresse* ou *malhabileté* à l'exécuter, *si avec tel ou tel autre instrument, d'après tel ou tel autre procédé elle n'aurait pas mieux réussi*. Ce sont là des questions scientifiques à débattre entre docteurs, et qui ne peuvent pas constituer des cas de responsabilité civile, ni *tomber sous l'examen des tribunaux* » (DALLOZ : mot *Responsabilité*, p. 317)

Le tribunal correctionnel de la Seine ne s'est pas conformé à cette sage doctrine, puisqu'il critique l'instrument dont s'est servi le Dr Laporte et se fait juge du degré d'habileté de ce dernier.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

No 4208. — M. le docteur DECORNET, de la Ferté-sur-Aube (Hte-Marne), présenté par M. le Directeur.

No 4209. — M. le docteur DEROME, de Pontoise (S.-et-O.), présenté par M. le docteur Katz, de Pontoise.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 47 20 Novembre 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

ÉCHOS DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Dimanche 14, ont eu lieu, au restaurant Marguery, les Assemblées Générales de l'Association Amicale et du Concours médical.

La première, présidée par M. le Dr Pic, de Lyon, auquel M. le Dr Cézilly avait cédé le fauteuil, a entendu le rapport du Secrétaire Général sur l'état moral de l'Association et le rapport du Trésorier sur sa situation financière.

Les applaudissements unanimes, qui ont accueilli la lecture de ces rapports ont montré au Conseil d'administration que les membres de l'Association amicale savaient hautement apprécier les services rendus.

Après la lecture du rapport des contrôleurs, l'assemblée a approuvé d'une manière définitive les comptes de l'année 1896 et a élu contrôleurs pour l'année 1897-1898 MM. les Drs Plateau, de Paris, et Gilles, de Garches.

Nous publierons prochainement le procès-verbal détaillé de la réunion ; nous ne pouvons cependant pas nous empêcher de citer les chiffres qui terminent le rapport du trésorier et qui résument le fonctionnement de l'association pendant ses quatre premières années :

	1894	1895
Nombre des adhérents.	167	287
Indemnités versées aux associés malades.....	370 »»	3.400 »»
Recettes annuelles......	9.766 94	20.466 67
Avoir de l'Association en fin d'exercice.........	8.159 24	24.293 31

	1896	1897 (dix premiers mois)
Nombre des adhérents.	371	446
Indemnités versées aux associés malades.....	11.003 25	11.636 45
Recettes annuelles......	20.112 68	36.327 80
Avoir de l'Association en fin d'exercice.........	43.928 74	68.893 55

On peut constater, par ces chiffres, les services rendus par l'œuvre et son état de prospérité croissante.

L'Assemblée Générale de la Société civile du Concours médical s'est tenue ensuite sous la présidence de M. le Dr Cézilly, entouré des membres du Conseil de Direction.

Des discussions très importantes ont eu lieu et un certain nombre de résolutions ont été votées. Parmi celles-ci, signalons immédiatement la création d'une œuvre que le Conseil de Direction étudiait depuis longtemps et qu'il a pu mener à point : le *sou médical*, ligue de protection et de défense professionnelle, qui viendra compléter de la manière la plus heureuse l'action du Concours médical.

Moyennant le versement de ce sou quotidien, les membres de l'œuvre nouvelle s'assureront, le cas échéant, l'appui matériel et moral qu'elle compte immédiatement organiser.

L'idée a été acceptée d'enthousiasme, et la liste d'adhésion a recueilli immédiatement un très grand nombre de signatures. Le conseil de Direction a été chargé de mettre le projet à exécution pour le 1er janvier prochain. — C'est dire que tout est prêt et qu'il ne s'agit plus maintenant que de quelques questions de forme, qui seront promptement résolues.

La question de l'Ordre des médecins, soulevée ensuite, a montré que les partisans en étaient rares et les adversaires nombreux.

L'Assemblée, sans voter la question préalable, qui pourtant était demandée, a décidé qu'elle ne pouvait émettre un vote sur le principe, sans se trouver en présence d'un projet qui pût donner satisfaction à tous et écarter les craintes légitimes, que faisaient naître les projets jusqu'ici mis en avant et qu'elle repousse.

L'Assemblée a voté, ensuite, deux propositions, du Directeur du *Concours* : 1° la création d'un *Conseil médical*, où seront représentées toutes les Associations médicales existantes, Conseil auquel pourront recourir tous les médecins en détresse ; 2° un *Conseil d'arbitrage* auquel pourront recourir les membres du Concours, en cas de difficultés survenues parmi eux.

Une protestation énergique a été faite contre l'article de la *loi sur les accidents*, qui met à la charge du patron les frais médicaux en les taxant au taux de l'Assistance médicale gratuite. Des démarches personnelles devront être faites par les médecins près des Députés et Sénateurs de leurs arrondissements respectifs.

Il nous est impossible d'analyser entièrement toutes les discussions ; on les trouvera au procès-verbal, que publiera le numéro prochain.

Disons seulement, en terminant, que, sur la motion de M. le Dr Gibert, une place a été faite, au Conseil de Direction, pour M. le Dr Jeanne qui a déjà rendu à la Société tant et de si grands services.

Le Banquet rappelait par le nombre et l'animation les plus grands jours.

A l'heure des toasts, l'enthousiasme a été très vif ; nous n'en voulons pour preuve que la triple salve d'applaudissements qui a accueilli les paroles de Me Henri Robert, le défenseur de notre confrère Laporte.

Puis, les conversations ont repris avec les commentaires sur les décisions de la journée, sur les espoirs que font naître les œuvres nouvelles de 1897 et l'on s'est séparé fort tard se donnant rendez-vous à l'année prochaine.

Bonne journée et belle fête !

PROPOS DU JOUR

Que ferait l'Ordre des médecins ?

Dans une ville du Midi, le suffrage universel s'offrit, dernièrement, la distraction d'une petite révolution municipale, et l'un des premiers actes des élus du nouveau régime fut la révocation de quatre médecins chargés de certains services communaux.

Les confrères atteints comptaient sur une belle manifestation de solidarité du corps médical de cette ville. Ils pensaient bien que les offres de succession rencontreraient un accueil uniformément glacial.

Aussi, leur stupéfaction fut grande, en apprenant, qu'au contraire, les sollicitations s'étaient produites, si nombreuses et si pressantes, que la municipalité avait adjugé, du premier coup, au rabais, les services en question, aux quatre soumissionnaires les moins exigeants.

Notre intention, en relatant ce fait, n'est pas de nous livrer à des appréciations et à des doléances ; chacun pourra le faire à son gré, et notre opinion est connue.

Nous voulons, seulement, demander à tous ceux qui sont partisans de l'Ordre des médecins, si des actes de ce genre, aussi publics, et aussi contraires à l'esprit de confraternité, seraient justiciables du futur tribunal professionnel, et par quelle sanction *efficace*, on en poursuivrait la répression.

Voilà, en effet, huit confrères, d'une même localité, qui, désormais, entre vainqueurs et vaincus, se prodigueront plutôt les mauvais procédés que les bons, et vont mettre en bien fâcheuse posture la déontologie et l'entente professionnelle.

Si l'Ordre était déjà institué, pourrait-il se désintéresser de la question ? Ce serait donner une triste idée de son utilité. Mais, s'il se déclarait compétent, comment couperait-il court à de telles habitudes de concurrence ?

Comment assurerait-il surtout l'exécution de sa sentence ? Pour notre compte, nous n'apercevons pas la solution du problème, dans les divers projets que nous avons publiés au n° 21 de cette année.

Et si, en théorie, par admiration pour l'idéal, l'Ordre des médecins nous passe près du cœur, nous ne pouvons nous défendre des plus vives craintes, devant les écueils visibles ou ignorés que fera surgir la pratique.

S'il allait en sortir l'organisation permanente de la guerre civile !

Dr H. Jeanne.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'essence de Wintergreen naturelle et artificielle dans le traitement du rhumatisme.

M. le Dr Ed. *Vidal*, de Paris, rapporte qu'ayant substitué, depuis le mois de juillet 1896, les applications de compresses imbibées d'essence de Wintergreen à l'ingestion du salicylade de soude chez les rhumatisants, dont il importe de ménager le tube digestif et le système nerveux, il nota au début, chez un certain nombre de malades, des manifestations cutanées variant depuis le simple érythème passager jusqu'à l'eczéma papuleux récidivant.

Chez tous ces rhumatisants, l'essence de Wintergreen fut appliquée suivant le procédé, devenu classique, de cinquante à cent gouttes versées sur un double de gaze aseptique et recouvert d'un imperméable, appliqué pendant quelques heures soit au bras, soit au mollet, et renouvelé 2 fois par 24 heures.

Surpris de ces accidents cutanés, qui se manifestèrent surtout en série et ne pouvaient être imputés à une susceptibilité exagérée des téguments de ces malades, il rechercha leur cause et arriva aux conclusions suivantes :

Il existe actuellement dans le commerce deux essences de Wintergreen indifféremment utilisées en droguerie et différenciées seulement par leur prix variant du simple au double :

L'une, *l'essence de Wintergreen naturelle*, jaune, rougeâtre, d'odeur huileuse, essentielle, extraite par distillation du Gaultheria procumbens ou Palommier, est un mélange d'hydrocarbures non encore parfaitement définis et de salicylate de méthyle, dans la proportion de 9/10e.

L'autre, *l'Essence de Wintergreen artificielle*, incolore, d'odeur acre, empyreumatique, rappelant l'odeur de la fumée de houille, est du *salicylate de méthyle pur* et s'obtient synthétiquement.

En appliquant simultanément aux deux avant-bras d'un rhumatisant, suivant le mode décrit plus haut, des compresses imbibées l'une d'essence naturelle, l'autre d'essence artificielle, on remarque aisément qu'il ne se produit aucune

réaction sur le segment de membre en contact avec le salicylate de méthyle pur. Au contraire, la partie traitée par l'essence de Wintergreen naturelle est plus ou moins rouge, douloureuse, couverte parfois d'une éruption rubéoliforme.

Le salicylate de méthyle ne pouvant avoir une action différente selon le produit employé, il faut en conclure que l'action irritante de l'essence de Wintergreen naturelle, est due aux résines de nature indéterminée (gaulthérilène, etc.), mélangées au salicylate.

Il importe donc, pour éviter toute action irritante venant contrebalancer les excellents effets de cette médication cutanée, de renoncer à l'appellation vague d'essence de Wintergreen, qui laisse au préparateur le choix d'employer l'essence de Wintergreen naturelle ou artificielle et souvent même un mélange des deux essences livré par le producteur, et de prescrire le *salicylate de méthyle pur* dépourvu de toute action irritante, et ne pouvant laisser subsister aucun doute sur le produit à employer.

Les gros enfants et la dystocie qu'ils provoquent.

D'après M. le Dr Henri Dubois, de Maisons-Laffitte, les fœtus de poids excessif, c'est-à-dire pesant à la naissance plus de 6 kilogr., sont très rares.

Les facteurs étiologiques qui agissent dans ces cas semblent être : l'âge de la mère, le nombre de ses couches, le repos qu'elle a pris pendant sa grossesse ; l'hérédité physiologique et morbide ; enfin l'influence possible de la syphilis.

Le diagnostic doit être fait entre : gros œuf, hydramnios, et grossesse gémellaire.

Un palper méthodique joint à la connaissance des causes étiologiques permet ce diagnostic.

Le pronostic pour le fœtus doit être réservé, il meurt soit avant le travail, soit pendant l'accouchement ; s'il survit, il meurt en général au bout de peu de temps ; un très petit nombre acquiert un développement au-dessus de la moyenne.

La mortalité maternelle, relativement considérable, ne paraît pas dépendre directement du volume exagéré de l'enfant ; toutefois, ce volume peut prolonger le travail, la période d'expulsion, et causer un certain nombre d'accidents.

Des difficultés sont causées, au cours de l'accouchement :

1° Par le volume de la tête ;

2° Par la longueur du diamètre bisacromial (accrochement de l'épaule au-dessus de la symphyse).

3° Par l'excès de longueur du diamètre bitrochantérien.

Lorsque l'obstacle sera fourni par l'accrochement de l'épaule antérieure, on parviendra peut-être à dégager celle-ci au moyen de la manœuvre proposée par M. Varnier.

Le décubitus acutus après la symphyséotomie

M. *Michel*, de Paris, signale le fait clinique suivant, très important à retenir :

Il peut arriver, à la suite de la symphyséotomie, comme à la suite de certaines lésions d'origine cérébrale ou spinale ou des opérations portant sur les organes du petit bassin (hystérectomie vaginale, résections sacro-coccygiennes), qu'il survienne des eschares à formation rapide. Cette complication, que l'on rencontre assez rarement, est cependant uti e à connaître.

Cette variété d'eschare, qui a reçu le nom de décubitus acutus, diffère essentiellement de celles qui peuvent se former à la suite d'un séjour prolongé au lit. Elle se développe toujours dans les premiers jours qui suivent l'opération et se trouve, en général, constituée en moins de 10 à 12 jours.

Elle est probablement due, le plus souvent, à une irritation ou à un tiraillement des nerfs du plexus sacré qui, au moment de l'engagement de la tête de l'enfant, peuvent se trouver pris entre elle et les bords de l'articulation sacro-iliaque entr'ouverte.

Mais, il faut aussi tenir compte de l'infection qui peut jouer un certain rôle dans la production de cet accident, dans les cas où les femmes présentent des suites de couches pathologiques.

Le pronostic de l'eschare elle-même est bénin : c'est une complication fâcheuse au point de vue du retard qu'elle apporte à la guérison, mais elle n'a jamais eu de suites graves.

La bactériologie de la diphthérie.

M. le Dr *Barbier* et M. le Dr *Tollemer* ont, dans une récente communication à la Société médicale des Hôpitaux, fait connaître de nouvelles recherches bactériologiques sur la diphthérie. En comparant, avec soin, les phénomènes cliniques aux données de la bactériologie, ils sont arrivés à cette conclusion importante que l'examen séméiologique du malade permet de reconnaître s'il s'agit du véritable bacille diphtérique ou d'un bacille différent, s'il y a ou s'il n'y a pas association microbienne avec le streptocoque et le staphylocoque.

C'est ainsi qu'au bacille diphtérique vrai correspond le schéma clinique suivant : fausse membrane reposant sur une muqueuse saine, absence de ganglions, pâleur de la face.

Au cours de onze autopsies, les bacilles diphtériques ont été recherchés dans les divers viscères. Ils ont été trouvés à plusieurs reprises dans les poumons, les ganglions, la rate, le bulbe. Jamais on ne les a vus dans les reins. La localisation des bacilles diphtériques dans le bulbe est très curieuse à relever ; leur virulence était toujours très accusée. On se rend mieux compte ainsi de la localisation et de la gravité des accidents nerveux de la diphtérie.

Il faut donc admettre que la diphtérie n'est pas une maladie localisée, que les bacilles cantonnés dans les fausses membranes ne sont pas seuls à présider à la production des toxines ; il y a souvent invasion de l'organisme par des colonies bacillaires, et il s'agit nettement alors d'une infection généralisée.

M. Sevestre fait remarquer, fort justement, que la plus exacte connaissance des causes de la mort permettra sans doute ultérieurement, de mieux traiter les malades.

Quant à la généralisaiion du bacille diphtérique, M. Sevestre observe que la possibilité de retrouver le micro-organisme dans les ganglions a déjà été constatée dans son service par M. Méry, avec cette réserve que, c'est seule-

ment dans les ganglions, qui reçoivent les lymphatiques des parties malades, ganglions cervicaux ou trachéo-bronchiques, que cette recherche positive a pu être faite.

M. Barbier, ayant constaté la présence des bacilles spécifiques dans les centres bulbo-protubérantiels, en conclut que peut-être, c'est là l'origine de certaines paralysies bulbaires.

Il faudrait, dit M. Sevestre, pour que cette hypothèse fût inattaquable, que l'envahissement du bulbe et de la protubérance pût être surpris immédiatement après la mort, car on sait que M. Roux a pu provoquer des paralysies avec les seules toxines.

Il n'en est pas moins vrai que la présence du bacille constatée dans le sang et dans les centres nerveux est d'un très considérable intérêt ; car on peut admettre que, si les accidents paralytiques sont de nature toxique, la toxine peut être fabriquée *in situ* et imprégner ainsi directement le bulbe.

L'hygiène de l'industrie du chanvre.

D'après M. le Dr Raoul *Dorizon*, d'Oucques (Loir-et-Cher), l'intoxication par le chanvre est fréquente chez l'ouvrier qui travaille ce dangereux textile.

On est frappé par son teint terreux, la coloration brune de sa peau, l'amaigrissement de ses traits, son dos un peu voûté, les épaules en avant, la poitrine souvent bombée en haut, aplatie en bas, les membres très grêles, les reliefs musculaires peu accentués, *malgré l'absence de tissu adipeux*, mais surtout, caractère absolument constant, le *ventre rétracté*. Une démarche triste et incertaine complète ce type.

Il y a de plus, une exagération de développement du système pileux, la force musculaire est affaiblie, le sens génital, excité au début, est diminué, puis aboli.

Chez la femme, on observe en outre de l'aménorrhée, de la dysménorrhée et des métrorrhagies. Comme chez l'homme, le sens génital est d'abord excité, puis disparaît complètement. L'avortement est très fréquemment observé.

On observe des phénomènes qui se rapprochent beaucoup du « Haschiché » tel que le décrit A. Voisin.

La diminution de poids est telle que sur une douzaine de peigneurs âgés de plus de 25 ans, M. Dorizon a trouvé comme poids 77 livres, 88 livres, 85 livres, le poids maximum était 120 livres, et se trouvait chez un homme dont la taille dépasse 1 mètre 70.

Enfin, certaines observations relatent que des ouvriers qui, ayant exercé pendant un temps assez long des professions où il se produisait beaucoup de poussières, n'étaient pas très incommodés et ne maigrissaient aucunement. Devenus peigneurs, leur poids diminue aussitôt comme le démontre une observation due au docteur Salomon.

On signale aussi fréquemment chez les ouvriers qui travaillent à cette industrie :

Des dermatoconioses papuleuses,
Des pneumoconioses.
Des entéroconioses,
Des blépharoconioses.

Pour prévenir ces phénomènes, il faut d'abord pratiquer une bonne ventilation des ateliers ; on doit indiquer ensuite comme préservatifs personnels : le changement de vêtements, ne pas manger à l'atelier, les soins de propreté, les bains fréquents.

Le meilleur moyen serait d'isoler de la poussière l'ouvrier qui y est plongé.

Pour cela, on a construit de nombreux modèles de masques dans la description desquels nous n'entrerons pas ici.

Toutefois, nous nous contenterons de dire que c'est à M. le professeur Layet que revient l'honneur d'avoir indiqué le premier les qualités essentielles d'un bon masque ; tout respirateur à poussières doit être léger, facile à nettoyer, à humecter et surtout mis à l'abri de tout échauffement trop grand. On peut obtenir la légèreté avec les toiles métalliques, la facilité de nettoyage, de renouvellement et d'humectation de la couche filtrante avec l'emploi des doubles treillis et l'absence d'échauffement du masque avec l'emploi des doubles compartiments.

M. A. Layet a construit un modèle qui semble remplir ces conditions, de même que celui que M. Salomon a construit, et avec lequel il a été fait encore trop peu d'expériences, pour qu'il nous soit possible d'exprimer ici notre opinion. Toutefois, malgré ses qualités indéniables, il est à craindre que son poids n'empêche sa vulgarisation.

Il ne faut pas passer sous silence non plus le masque du Dr Detourbe. Ce masque, construit sur les indications et les mesures données par le professeur Layet, nous semble ce qui a été construit de mieux jusqu'ici.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des causes de l'oligurie dans l'urémie et les autres toxhémies.

Actuellement, la théorie adoptée par la majorité des médecins pour expliquer la diminution ou l'arrêt de la diurèse, dans les toxhémies et, plus spécialement, dans l'urémie, est celle que l'on pourrait appeler de l'*altération rénale*. — D'après elle, en effet, les lésions rénales sont les causes primordiales, nécessaires, pour ainsi dire, de l'urémie ; l'altération du sang n'est que la conséquence de la rétention des toxines que le rein lésé n'élimine plus ; les lésions et les troubles des centres nerveux et des principaux organes résulteraient, en dernier lieu, de l'altération du sang (1).

Cette manière de voir est passible d'un certain nombre d'objections. Qu'on me permette d'en signaler quelques-unes :

Si les lésions du rein sont la principale cause de l'urémie, pourquoi ne provoquent-elles presque jamais celle-ci, chez certains malades (comme les phtisiques, dans 90 à 95 %, d'après Hanot) (2) qui, pendant des années portent des lésions avancées de cet organe ?

Pourquoi, dans la néphrite interstitielle des brightiques, où la structure anatomique du rein est si compromise, celui-ci fonctionne-t-il si

(1) Labadie-Lagrave. Art. Urémie du Dict. de Méd. et de Chir. prat.

(2) Hanot. Art. Phtisie. (Ib.)

abondamment qu'on a fait de cette polyurie, un des signes caractéristiques du petit rein goutteux ?

Pourquoi, par contre, dans les autopsies d'urémiques, d'éclamptiques, est-il si peu rare de ne trouver aucune lésion sérieuse du rein ?

Pourquoi l'application des vésicatoires, qui provoque si souvent de la néphrite, dite cantharidienne, amène-t-elle si rarement de véritables accès d'urémie ?

Comment expliquer, si les lésions rénales sont la principale cause de l'arrêt de diurèse, que celle-ci se rétablisse parfois complètement à la suite de certaines médications, par exemple, une purgation abondante ?

Les lésions rénales n'ont cependant pas disparu.

S'il y avait une réelle corrélation entre les lésions rénales et les phénomènes urémiques, ceux-ci devraient apparaître progressivement à mesure que les lésions s'accentuent ; pourquoi, au contraire, sont-ils si irréguliers et si brusques, aussi bien dans leur apparition que dans leur guérison ?

Quelle explication donner à ces phénomènes *de latence*, si communs chez certains brigthiques, dont le rein est certainement très touché ? — S'il était suffisant la veille, pourquoi ne l'est-il pas le lendemain ?

En présence de ces objections, que tout médecin s'est faites certainement, ne peut-on se demander si, au lieu d'attribuer un rôle si capital aux lésions anatomiques, il ne serait pas possible d'admettre que, dans certains cas, le rein peut avoir, non un rôle pour ainsi dire passif, mais en réalité actif et spontané dans l'apparition des phénomènes urémiques ?

Qu'on veuille bien me permettre de développer en quelques mots cette idée.

Il est de notion courante actuellement, grâce à M. Bouchard, que le rein est la principale voie d'élimination des toxines microbiennes ou organiques qui, par le seul jeu de la vie, se forment toujours plus ou moins, dans l'intérieur de l'économie. — C'est là son rôle spécial dans cette association d'organes qui constitue le corps humain.

Mais avant de fonctionner, il faut vivre.

Or, on conçoit parfaitement, qu'à certains moments, soit, à la suite d'une médication intempestive ; d'un excès alimentaire introduisant des ptomaïnes en grande abondance ; soit par suite de la résorption trop rapide d'un œdème qui ramène dans la circulation des toxines qui étaient comme en réserve dans les tissus ; soit encore par suite d'un choc nerveux troublant l'organisme dans sa destruction normale des poisons ; soit enfin pour tout autre cause analogue ; on conçoit, dis-je, parfaitement que le rein, jusque là assez tolérant pour les toxines et suffisant à sa tâche, malgré des lésions peut-être déjà profondes, puisse se sentir tout à coup par trop menacé, dans son existence propre, par cette brusque irruption de toxines, et que, se mettant, pour ainsi dire, sur la défensive, il cherche, plus ou moins brusquement, à leur fermer le passage.

L'hypothèse que nous émettons ici n'a en soi *a priori*, rien d'inadmissible ; car non seulement elle permet de répondre assez bien aux objections ci-dessus, mais elle ne fait qu'attribuer au rein une certaine propriété de *spontanéité* que nous accordons bien, en somme, à la plupart de nos organes. Si l'on ne s'étonne pas, en effet, que l'estomac puisse refuser un aliment nuisible, le poumon rejeter violemment quelques gouttes de liquide accidentellement introduites, pourquoi s'étonnerait-on que le rein, lui aussi, puisse se défendre contre les causes d'irritation, ou trop brusques, ou trop violentes ? — On admet bien l'intolérance stomacale, pourquoi n'admettrait-on pas l'intolérance rénale ? — D'ailleurs Vulpian, Farabeuf, et, après eux, les autres physiologistes ont bien reconnu au rein un certain *pouvoir sélecteur* : s'il peut simultanément éliminer certaines substances et refuser le passage à d'autres, par une sorte de *triage* pour ainsi dire, qu'y a-t-il d'impossible à admettre qu'il puisse spontanément arrêter toute filtration s'il s'y voit forcé pour sa propre défense ?

Maintenant, par quel mécanisme s'opérerait cet arrêt de la diurèse ? Très probablement par cette sorte de *spasme vasculaire* rénal que, le premier, a signalé Dieulafoy (1), frappé lui aussi de certains points faibles de la théorie classique de *l'altération rénale*. Nous avons comparé plus haut l'intolérance rénale à l'intolérance stomacale ; ce spasme vasculaire serait donc, en quelque sorte, l'analogue du spasme musculaire à l'aide duquel l'estomac rejette au dehors son contenu, avec cette différence toutefois entr'autres, que tandis que le vomissement ordinaire, en même temps qu'il protège l'estomac, défend aussi l'organisme, le spasme vasculaire rénal, ou si nous osons le dire, le vomissement rénal, s'il protège le rein d'un côté, de l'autre retient dans l'économie des principes toxiques que celle-ci cherchait à éliminer. — C'est en vain que le cœur se contracte avec plus d'énergie, que la pression s'élève dans tout le système cardio-vasculaire, pour vaincre l'obstacle mis ainsi, tout à coup, à la dépuration de l'organisme, le rein ferme de plus en plus le passage et force ainsi l'économie à s'adresser à ses voies artificielles d'élimination : les vomissements, la diarrhée, etc. — L'anurie ou au moins l'oligurie est constituée, jusqu'à ce que, si l'organisme peut y parvenir, le sang étant débarassé par un moyen ou par l'autre, de cet excès de toxines, le rein puisse enfin reprendre son rôle, si précieux, de principal émonctoire.

Une des objections que l'on peut faire à cette manière de voir est celle qui consiste à dire que le spasme, dont je parle, ne saurait être permanent, le mot même de spasme évoquant toujours l'idée de quelque chose de passager. A cette objection, on peut répondre, d'abord, que les faits de spasme plus ou moins prolongé ne sont pas exceptionnels en clinique, par exemple le spasme de l'orbiculaire des paupières dans la conjonctivite aiguë, le spasme du sphincter anal dans la fissure à l'anus. — D'ailleurs, pour expliquer la plupart des cas d'oligurie, il n'est pas besoin d'admettre un spasme vasculaire rénal absolu et permanent ; mais, ce spasme, ou si on aime mieux, cet état spasmodique doit avoir continuellement des variations en plus ou en moins, correspondant avec les variations même de l'oligurie, plus ou moins accentuée, suivant les jours, suivant les heures ; il semble que le rein

(1) Dieulafoy, Manuel de Pat. interne, tome III.

doive être. pour ainsi dire, toujours sur la défensive, prêt à se fermer complètement, si les toxines arrivent en trop grande abondance, mais prêt aussi à s'ouvrir franchement si, sous l'influence de la thérapeutique ou par les seules forces de la nature, les toxines du sang deviennent moins irritantes pour son parenchyme.

Comme conséquence thérapeutique, nous dirons, en nous résumant le plus possible, que dans les cas graves, lorsque les moyens médicaux ordinaires seront impuissants, le médecin pourra tenter de faire cesser ce spasme vasculaire, en rendant les toxines du sang moins irritantes. par leur dilution dans le sang lui-même ; dilution qu'il sera facile d'obtenir sans *danger* (1) par ce que j'ai cru pouvoir appeler la désintoxication du sang (2), mais qu'on peut appeler, si on le préfère, la *saignée rectifiée*. — Ce procédé consiste en une saignée abondante, générale ou locale, et comme *correctif* des inconvénients ordinaires aux émissions sanguines, une injection simultanée et égale d'eau salée, soit intra-veineuse, soit sous-cutanée. — Non seulement, par ce moyen, on ne provoque jamais ces *phénomènes réactionnels* internes signalés par les auteurs à la suite du *lavage du sang* (3) et de la *saignée de transfusion*, mais la réapparition rapide de la diurèse est beaucoup plus fréquente et surtout plus définitive.—Non seulement il m'a donné des succès fréquents dans ces variétés de toxhémies, mais également à ceux de nos confrères qui ont bien voulu l'expérimenter. — Tout récemment encore, au Congrès de Moscou (4), le Dr Carrien (de Montpellier) a déclaré avoir sauvé trois de ses malades atteints d'urémie à forme hypertoxique qui, d'après lui, étaient fatalement voués à une mort rapide.

Dr Henri Barré.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Accidents du travail.

Loi du 12 juin 1893.

Le 15 août 1896, le *Concours médical* publiait un article sur les accidents du travail, dans lequel, nous disions que la loi du 12 juin 1893 n'était point mauvaise — qu'elle était mal appliquée — et qu'il y avait lieu d'uniformiser le tarif des certificats médicaux exigés par elle.

Si nous revenons aujourd'hui sur cette question, c'est qu'elle paraît se compliquer et s'embrouiller de plus en plus.

Des instructions ont été adressées aux mairies, puis des *rappels* préfectoraux, au sujet de l'exécution de cette loi à laquelle beaucoup de patrons ne se conforment point.

L'article 11 qui impose *au chef de l'entreprise ou, à son défaut et en son absence, au préposé*, la déclaration d'accident *dans les quarante-huit heures* au maire de la commune, avec nom et adresse des témoins et production d'un certificat du médecin indiquant l'état du blessé, les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif, s'applique à tous les accidents entraînant une incapacité de travail *d'au moins trois jours*.

Dans les pays industriels, les certificats médicaux à faire sont donc très nombreux et la question intéresse sérieusement le corps médical, mais malheureusement la loi n'est pas exécutée ; ce qui ressort des rappels adressés aux maires.

Et puis, les patrons, au lieu de s'adresser aux mairies, s'adressent presque toujours aux commissariats de police.

D'ailleurs, il existe de nombreuses difficultés à l'application de cette loi.

En effet, prenons un exemple et voyons ce qui se passe.

Un ouvrier, à Paris, dans la banlieue, dans un grand centre, etc., est grièvement blessé. On le transporte d'urgence à l'hôpital. C'est dans la plupart des cas ce que le patron a de mieux à faire pour ne pas perdre de temps et sauvegarder son ouvrier. Il va sans dire qu'il est préférable pour le blessé qu'un médecin, à la place d'un contremaître, puisse donner immédiatement les premiers soins. Mais, comme cela n'est pas toujours possible, il vaut mieux, au lieu d'attendre, que le contremaître fasse plus ou moins bien le premier pansement, donne les premiers soins et organise le transport immédiat au domicile du blessé ou à l'hôpital.

Pour que la déclaration soit reçue à la mairie, il faut que le patron fournisse un certificat médical.

Si le blessé a reçu les soins d'un médecin avant son transport à l'hôpital ou à son domicile, c'est ce médecin qui fournit le certificat et la chose est simple.

Si le blessé a été transporté à l'hôpital sans avoir vu de médecin, le patron avise sa compagnie d'assurances, ou directement le médecin de cette compagnie et lui demande un certificat de déclaration, en plus du certificat pour l'assurance — et alors la question se complique, comme on va le voir.

Lorsque le médecin de l'assurance se présente à l'hôpital pour visiter le blessé *au nom de l'assurance*, messieurs les chefs de service ou les internes le renseignent volontiers sur l'état du blessé, mais s'insurgent le plus souvent et, avec raison, contre la prétention des médecins qui veulent dre ser le certificat pour la mairie ou pour la police. Ce certificat, à notre avis, doit être établi par l'interne qui a vu le premier le blessé et qui est à même de l'établir mieux que tout autre qui ne saurait rien voir qu'à travers un pansement. De nombreux conflits sont survenus entre internes et médecins de la police et même médecins d'assurance. Les médecins sont accusés de toucher le prix de plusieurs certificats pour le même blessé.

L'administration de l'assistance publique est même intervenue en règlementant l'entrée de la police et des médecins dans les salles d'hôpital, mais, toutes les circulaires Peyron ou autres deviennent rapidement lettre morte.

Nous répétons que le certificat demandé par la mairie ou la police doit être fourni et les honoraires touchés par le médecin, — l'interne si c'est lui — qui a vu *le premier* le blessé.

(1) Hayem. — Rapp. à l'Académie de Médecine, 2 février 1897.
(2) Henri Barré.— *Revue de Thérapeutique*, 1er juin 1896, et 1er mars 1897.
(3) Huguenin. — *Concours médical*, 1896.
(4) Carrien.— Compte-rendu du Congrès de Moscou. (*Semaine médicale*, 8 sept. 1897.)

Or, voici ce qui nous est déjà plusieurs fois arrivé :

Un patron nous prévient, comme médecin de son assurance, qu'un accident est arrivé dans son usine et que le blessé a été transporté d'urgence à l'hôpital.

En même temps, il nous demande un certificat sur papier timbré pour faire sa déclaration à la mairie, parce que, *dit-il, on le lui a refusé à l'hôpital.*

Nous allons à l'hôpital et nous voyons le blessé, sous son pansement, il est vrai, mais néanmoins nous sommes suffisamment renseignés en ce qui concerne l'assurance.

Ne voulant pas être taxé de cumulard et pensant que l'interne se trouve dans de meilleures conditions que nous pour établir le certificat demandé par la police ou la loi du 12 juin 1893, nous le prions de vouloir bien faire le certificat et lui présentons à cet effet une feuille de papier timbré et les honoraires dus par le patron.

L'interne refuse... « son chef de service ne l'autorise pas à cela... à moins d'une réquisition en règle du commissaire de police... ». Voyez le commissaire, a-t-on déjà dit au patron. Le patron a bien vu le commissaire, mais celui-ci lui a répondu qu'il ne pouvait réquisitionner avant d'être prévenu par la Direction de l'hôpital, etc.

Sur l'observation que dans d'autres hôpitaux, les internes délivrent immédiatement ces sortes de certificats et ne sont pas fâchés de toucher les honoraires dus à cet effet, on nous répond : « Ça dépend des chefs de service! »

Voyons, il faudrait pourtant s'entendre !

Le blessé est entré d'urgence à l'hôpital sans avoir vu de médecin, et ce cas est fréquent.

D'un autre côté, le patron a quarante-huit heures pour faire la déclaration avec certificat médical à l'appui, — sous peine d'amende.

Alors il réclame un certificat à *l'interne, au commissaire, au médecin de son assurance*, et aucun ne veut le lui fournir !

L'interne a besoin d'une autorisation de son chef, qui ne la donne pas toujours, ou d'une réquisition de police, — le commissaire de police a besoin pour réquisitionner d'être averti par la Direction de l'hôpital, — et le médecin de l'assurance craint qu'on ne l'accuse de cumuler et de toucher de plusieurs mains.

Et les quarante-huit heures sont depuis longtemps écoulées que le patron n'a pas encore produit de certificat, malgré tous ses efforts et toute sa bonne volonté.

En résumé, jusqu'ici, la loi du 12 juin 1893 n'est pas appliquée et n'est guère applicable, parce que les conditions de son application ne sont pas réglementées.

Par qui le certificat de constatation doit-il être établi ?

Ivry, 1er octobre 1897. Dr Courgey.

Comment on déconsidère la profession médicale.

(*Extrait d'une feuille régionale.*)

Un docteur en médecine des Deux-Sèvres adresse aux ecclésiastiques de la région la circulaire suivante :

Monsieur le Curé,

Je prends la liberté de solliciter votre précieux appui pour aider au fonctionnement d'une œuvre modeste et intéressante celle de l'école catholique de S. S.

Cette petite paroisse, isolée au milieu d'un pays protestant, ne possède pas d'école libre de filles ; les parents catholiques sont contraints d'envoyer leurs enfants à l'école protestante (1). Cet état de choses préoccupait depuis longtemps M. le curé de..., qui m'avait bien des fois demandé de l'aider à fonder dans sa paroisse une école libre.

Malheureusement, les ressources faisaient absolument défaut. Je me décide *à consacrer* à cette œuvre éminemment utile, *le produit* de la vente des trois spécialités pharmaceutiques, dont je suis l'inventeur et dont vous trouverez ci-inclus le prospectus détaillé.

Désirant faire profiter surtout le clergé et les congrégations religieuses de ces trois médicaments véritablement hors ligne et sans équivalent dans le commerce, nous avons décidé de faire une remise de 30 % aux ecclésiastiques et aux religieuses qui voudront bien nous transmettre des ordres, le surplus étant versé entre les mains d'un comité établi dans ce but.

Sans sortir aucunement de vos augustes attributions, vous pouvez, M. le curé, conseiller aux personnes malades, auprès desquelles vous appelle votre saint ministère, l'essai de ces remèdes, dont je vous garantis, en conscience, l'irréprochable préparation et la grande efficacité ; vous rendrez service à ces personnes et en même temps, vous nous aiderez à fonder et à faire vivre une œuvre digne de toute notre sollicitude.

Agréez, etc. Dr C. S. M.

Je suis heureux de certifier que le Dr S. M. *affecte une partie* des bénéfices provenant de la vente de ses produits à l'établissement d'une école libre dans ma paroisse.

X. curé.

CORRESPONDANCE

Mon cher Confrère,

Le fait de pistage raconté dans votre dernier numéro m'en a rappelé un que je tiens de la « victime » heureusement vengée.

C'était à L. ou peut-être à V., il y a de cela quinze ans. Une dame arrivait dans cette station pour s'y faire soigner.

A l'avant-dernière gare, entre dans son wagon un respectable monsieur à lunettes bleues qui s'installe en face d'elle et entame la conversation.

— Vous allez à X., madame, y connaissez-vous un médecin ?

— Certainement, monsieur, mon médecin m'a recommandée à un de ses confrères, le Dr A.

— Quelle contrariété !

— Eh quoi, monsieur ?

— Ce médecin ne peut plus exercer ; frappé d'une maladie récente et grave, il doit se reposer et ne plus voir de malades. Mais je puis vous indiquer un médecin qui travaille beaucoup, le Dr H. (Suit un éloge pompeux.) Voici sa carte.

Heureuse d'avoir échappé à un si grave désagrément, la dame prend le petit carton et se présente le lendemain chez le Dr H. Le salon d'attente n'avait qu'un seul client ; un autre était dans le cabinet du Docteur.

Quand son tour arriva, la dame recula stupéfaite en reconnaissant, malgré l'absence de lunettes, le pisteur de la veille.

(1) Laïque.

Après un mot indigné, qui cloua net son compagnon de voyage, elle alla chez le Dr A. qu'elle trouva en parfaite santé, et qu'elle égaya beaucoup par le récit de son aventure.

Dr X.

---

3 novembre 1897.

Monsieur le Directeur,

C'est, en regrettant, de ne pouvoir mieux faire, que je viens offrir ma modeste obole à notre malheureux confrère le Docteur Laporte, victime du devoir professionnel,et de la malveillance de son entourage, au cours de sa pénible opération. Au moins le pauvre confrère, a-t-il pu soulever autour de lui un courant de sympathie, qui ne lui a été ménagé ni par la presse médicale, ni par les nombreux confrères de France, qui, tous, protestent contre le jugement qui l'a si indignement frappé.

Mais, que nous sommes loin,dans les campagnes, de partager cette solidarité, qui,seule, pourrait sauver la médecine de l'avenir qui la menace !!

Permettez-moi, Monsieur le Directeur, dans la circonstance, de vous narrer sommairement un fait tout personnel, qui a failli me coûter la modeste position, acquise, grâce au Concours, et à la généreuse intervention de son sympathique Directeur.

Dans la nuit du 17 janvier 1895, je fus appelé en toute hâte auprès d'une jeune femme de 22 ans, primipare, en travail depuis la veille, et en proie à de violentes attaques d'éclampsie, qui menaçaient de l'enlever, si la délivrance se faisait attendre.

La sage-femme, appelée à lui donner les premiers soins, m'était complètement hostile, car je m'étais refusé à accepter certaines offres, que je jugeai ressembler à une association occulte, et, par conséquent indigne de ma profession et de mon caractère. Naturellement, on ne vint m'appeler qu'à la dernière extrémité, et lorsque la femme était à bout de forces. J'arrivai, muni de mon forceps, et, n'ayant pas le temps d'appeler un confrère, je procédai à la délivrance et j'eus le bonheur d'amener au monde un superbe garçon, et de sauver la mère. Mais, je comptais sans la malveillance de la matrone en question, qui en constatant une déchirure du périnée, se mit à crier haro sur le baudet! cet incapable, ce maladroit, etc.

La famille fit alors venir un confrère Docteur qui, *sans me prévenir*, visita ma malade, et déclara *coram populo* que la déchirure était tellement grave, qu'il fallait envoyer la malade à Lyon, et surtout, ajouta-t-il, ne dites pas au spécialiste que c'est *moi* qui l'envoie, car on me prendrait pour un maladroit.

Je fus atterré d'un semblable procédé, mais je réussis à faire écarter par la famille, la sage-femme qui ne pouvait que me nuire, et ce ne fut pas sans peine, que je persuadai à ces braves gens qu'une déchirure du périnée n'est pas chose rare, malheureusement, dans les accouchements laborieux, et surtout compliqués d'éclampsie, et que la jeune femme n'avait pas à aller à Lyon pour si peu ; heureusement, tout rentra dans l'ordre, et un autre confrère, que j'amenai chez ma malade, Docteur également, eut la grandeur d'âme d'annoncer que tout accoucheur a des déchirures du périnée à son actif; et que la si formidable blessure ne demandait même pas un point de suture.

En effet, actuellement cette même femme touche à la fin d'une 2e grossesse, et je me demande ce qu'il en serait advenu *à moi petit officier de santé*, si mon éclamptique avait succombé à la suite d'une péritonite.

Le Docteur, mon voisin, au lieu de me défendre, eut tout simplement conclu à une faute lourde, où la fameuse déchirure eût joué le grand rôle, et moi, infiniment petit, j'eusse été sacrifié avec mes trois enfants, qui n'ont que ma trousse et ma bonne volonté pour tout patrimoine.

Maintenant, me voilà aussi poursuivi à outrance par deux jeunes confrères, riches, étalant un luxe raffiné, habitant à 6 kilomètres de ma localité, et qui viennent chacun à son tour, à *jour fixe*, donner des consultations *gratuites* et faire la chasse aux clients, sans égards pour ma situation de père de famille, avancé en âge, sans fortune, ne vivant que de mon travail.

Deux confrères, mieux avisés, et surtout plus humains, ont essayé de démontrer à ces jeunes ambitieux que leurs procédés manquaient de délicatesse, et étaient contraires aux règles de la déontologie ; rien n'y fait, la guerre continue et je ne sais si je succomberai.

Quoi qu'il en soit, je fais mon devoir en restant digne, et je dois même dire que la population honnête et loyale, me reste, mais hélas ! les braves gens se comptent, et les mauvais pullulent, surtout les mauvais payeurs.

Dans ma région, le Concours est connu par deux ou trois bons confrères, dont le sénateur Laurens, comme il serait pourtant utile, de se serrer les coudes au lieu de se faire une guerre mercantile, dont rougirait le dernier des épiciers.

J'abuse, Monsieur le Directeur, mais votre sollicitude s'étend aux humbles de la profession, et c'est en cette qualité que j'ai voulu vous narrer ma peine, en déplorant que votre feuille bienfaisante ne fasse pas encore plus d'adhérents (sincères).

Agréez, etc. Dr E.

Je n'ai lu qu'aujourd'hui les considérants du jugement qui condamne le docteur Laporte ; voulez-vous permettre à un médecin de campagne, membre du Concours, de faire connaître les réflexions que lui ont suggérées cet exposé des motifs ; le public et le défenseur pourraient y trouver peut-être des arguments pour faire triompher la cause de notre malheureux confrère, si elle vient en appel.

C'est sur la lésion de la vessie révélée par l'autopsie que le président se base pour prouver de la part du docteur Laporte une faute lourde ; or ayant eu l'occasion de pratiquer plusieurs fois la craniotomie, j'affirme qu'on ne peut, quelque maladroit que l'on puisse être, blesser avec ses instruments la vessie ; en effet, au moment où l'on produit la perforation du crâne si, par une maladresse inouïe, l'instrument vient à glisser, c'est sur la partie postérieure du col et dans le cul-de-sac postérieur et non sur la vessie qu'il se portera. Tandis que tout le monde sait que dans un accouchement laborieux c'est la tête de l'enfant qui, comprimant la partie postérieure de la vessie, peut sphacéler ces parties et même produire une fistule vésico-vaginale.

Par conséquent, la lésion trouvée chez la malade du docteur Laporte me paraît pouvoir être attribuée à la pression de la tête de l'enfant et non aux instruments, dont il s'est servi ; c'est donc sur une fausse interprétation de la lésion que notre malheureux confrère a été condamné. Je suis tout étonné que cette remarque n'ait été signalée par personne au moment des débats (1).

Je ne relèverai pas l'accusation absurde, que l'opération a été faite sans se servir des doigts pour guider l'instrument ; ce serait agir en aveugle et alors toutes les lésions sont possibles ; heureusement il n'y a que de viles commères qui peuvent croire un médecin capable d'une telle ineptie.

En conséquence, à mon humble avis, la mort de la malade du docteur Laporte doit être attribuée à l'épuisement consécutif à un travail laborieux, et à une intervention trop tardive chez une femme d'une complexion délicate. Nul doute que, si notre malheureux confrère avait eu à opérer une de nos fraîches campagnardes, à l'air pur de nos montagnes, il n'aurait pas perdu sa malade. Veuillez agréer, etc.

C. de Moncan,
Docteur-médecin à Saint-Sernin.

---

(1) Elle a été faite par le Dr Pinard, dont notre correspondant n'a pas connu in extenso la déposition. — N. D. L. R.

VARIÉTÉ

La lutte contre l'alcoolisme en Angleterre.

Au sixième Congrès international contre l'alcoolisme, qui vient de se tenir à Bruxelles, *M. Ch. Wakely*, de Londres, a fait l'historique des sociétés enfantines de tempérance du Royaume-Uni connues sous le nom de *Bands of Hope* (armées de l'espérance). Fondée en 1847, cette vaste association compte aujourd'hui en Angleterre 22.993 sections comprenant 2.902.805 membres abstinents, ne buvant aucune boisson capable de produire l'ivresse.

Ce qui fait la force de cette association, c'est qu'elle est dirigée d'après une ligne de conduite appropriée à la jeunesse, et non pas, comme cela se pratique dans certains pays, où l'on se contente à accepter les enfants dans des sociétés de tempérance d'adultes.

On reçoit les enfants des deux sexes à partir de sept ans. A quatorze ans, on les fait passer dans une société d'un âge plus élevé où les applications sont appropriées à l'intelligence et aux habitudes d'esprit des adolescents. Pour obtenir le titre de membre, les enfants sont soumis à l'obligation d'une promesse écrite d'abstinence. Pour les enfants au-dessous de quatorze ans le consentement écrit d'un parent ou d'un tuteur est nécessaire.

En Angleterre, les enfants quittent l'école à quatorze ans. C'est alors pour eux un moment critique, car durant les années de l'apprentissage ils contractent généralement de mauvaises habitudes. Pour prévenir le danger, les *Bands of Hope* ont fondé des sections d'aînés où sont reçus des jeunes gens de quatorze à vingt et un ans. Des réunions spéciales avec jeux populaires, chants, etc., sont organisées pour eux le soir de huit à dix heures.

Pour faire une propagande active dans le pays tout entier, le Comité possède des sommes considérables. En cinq ans, il a dépensé 500.000 fr. pour l'organisation des conférences dans toutes les écoles élémentaires. L'intérêt de ces conférences était rehaussé à l'aide de tableaux, de diagrammes, de projections, d'expériences chimiques, qui, sous une forme simple et attrayante, mettaient en relief les dommages physiques résultant de l'usage des boissons alcooliques.

L'année passée ces conférenciers ont visité 765 localités et pris la parole dans 3.863 écoles, devant un auditoire total de 14.889 maîtres et de 439.464 enfants.

En Belgique, il existe aussi des sociétés scolaires de tempérance.

M. Robyns, de Hasselt, a été le fondateur de ces sociétés. Organisées actuellement dans plus de la moitié des établissements d'instruction primaire du pays, et comptant déjà 100.000 affiliés environ, elles répondent pleinement au but de leur institution.

(*Revue scientifique*, 1897.)

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Nous sommes heureux d'enregistrer l'arrêt suivant. Il intéressera vivement nos lecteurs, appelés à se trouver, fréquemment, dans les conditions où était le Dr C..., lors de l'instance en responsabilité d'honoraires :

Tribunal de paix de Poissy (Seine-et-Oise).

Les faits de la cause se résument ainsi :

Le Docteur G... a fait citer devant M. le juge de paix de Poissy, Monsieur L..., afin d'obtenir le paiement de ses honoraires pour l'accouchement de la bru dudit Monsieur L... Celui-ci a fait plaider le mal fondé de la demande, sous prétexte qu'il n'avait pas appelé lui-même le médecin, qu'il ne s'était pas engagé personnellement et qu'en conséquence, bien que l'accouchement ait eu lieu chez lui, le docteur devait s'adresser au sieur L..., son fils.

Jugement en ces termes :

Nous, juge de paix, statuant contradictoirement et en premier ressort,

Attendu que l'action du docteur G..., a pour objet d'obtenir paiement d'une somme de 130 fr., restant due sur celle de 150 fr., pour l'accouchement de la belle-fille du défendeur, opérée le 21 juillet 1895, ainsi que pour les soins et visites qui ont été la suite de cet accouchement ;

Attendu que le Dr G... base sa réclamation sur le fait que L... l'aurait appelé, ou fait appeler, à son domicile, où l'accouchement a eu lieu ;

Attendu que le défendeur objecte qu'il n'est pas allé lui-même chercher le médecin ; que si quelqu'un de sa famille a eu besoin des soins du docteur, ce fait ne saurait lui être personnel et qu'en conséquence, il demande au tribunal de déclarer le Dr G... non recevable en sa prétention ;

Attendu que le demandeur a fait plaider à l'audience que l'opération dont s'agit a été effectuée et les soins donnés par lui à la bru du défendeur ; que cette femme et son mari lui étant inconnus, c'est par suite de la demande de L... père qu'il s'était dérangé, L... père étant avantageusement connu à O..., qu'il entendait donc le considérer comme son débiteur direct, d'autant que le fils L... serait en état de faillite ;

Attendu qu'en l'état, la question est de savoir si l'intermédiaire qui a pris l'initiative de l'appel d'un médecin, ou encore celui au domicile duquel les soins ont été donnés, peuvent être considérés comme étant obligés personnellement au paiement des honoraires de l'homme de l'art ;

Attendu, en principe, que le médecin doit réclamer la rémunération de ses soins et visites au client qui les a reçus ; que la personne qui prend l'initiative de l'appel d'un médecin, comme celle chez qui le malade se trouve, ne peut être débitrice *de plano*, sans engagement de sa part résultant d'une convention spéciale ou d'une faute quelconque ;

Attendu, en effet, que cette personne, en agissant ainsi, remplit le rôle de *negotiarum gestor* ou de mandataire et que, dans notre droit, le *negotiarum gestor* et le mandataire obligent le géré ou le mandant, sans s'obliger eux-mêmes ;

Attendu toutefois, que la question est susceptible de solutions diverses selon les circonstances qui la font naître (Tribunal de Narbonne, 22 janvier 1872, et Cour de cassation 4 décembre 1872) ; qu'il paraît certain, en effet, que si l'intermédiaire engage par un fait quelconque sa responsabilité, il peut être tenu personnellement et directement au paiement des honoraires du praticien qu'il a appelé ou laissé appeler chez lui ;

Attendu, en fait, que le 21 juillet 1895, le Dr G... a été appelé à donner ses soins à la dame L... fils, qui se trouvait momentanément à O... pour y faire ses couches, que si G... n'était pas le médecin habituel du défendeur, il connaissait encore moins les époux L... fils, alors domiciliés à Paris ; qu'il n'est pas démontré que L... fils ait pris, à cette date, l'engagement de payer les frais d'accouchement ; qu'on

peut donc en inférer que le médecin, toute question d'humanité mise à part, a suivi la foi du défendeur, honorablement connu à O..., nous le répétons.

Attendu que si, de son côté, L... père avait entendu ne pas payer les frais de l'accouchement de sa bru, il a commis une faute qui engage directement sa responsabilité ; qu'en effet, en admettant qu'il n'ait jamais eu la pensée d'acquitter les honoraires de l'accoucheur, il devait tout au moins faire part à celui-ci de cette intention, puisque les soins ont été donnés à son domicile et qu'il s'agissait d'une personne le touchant de fort près ;

Qu'en raison de l'état de faillite dans lequel se trouve le fils L..., il n'y a pas lieu de se demander si la solvabilité de ce dernier n'aurait pas dû être discutée tout d'abord ; que la production de la créance à la faillite et le versement d'une somme de 20 francs ne dégage pas la responsabilité du défendeur ;

Attendu, enfin, que le chiffre des honoraires réclamés ne nous semble pas exagéré et qu'il n'est d'ailleurs pas contesté ;

Pour ces motifs :

Condamnons L... père à payer au docteur G... 130 fr., pour les causes ci-dessus déduites, avec les intérêts tels que de droit et les dépens.

Poissy, le..

Le juge de Paix,
E. DEGOIS.

La personne, qui a eu l'amabilité de nous faire tenir copie de ce jugement, y joint la note ci-dessous, véritable consultation dont nous tenons à la remercier de la part de nos confrères.

Note. — Lorsqu'un malade a été soigné au domicile d'une tierce personne, celle-ci peut-elle être *personnellement* obligée au paiement des honoraires du médecin ? La question est susceptible de solutions diverses et la responsabilité ne saurait être admise d'une façon générale et absolue. Il y a là une large part à l'appréciation du juge, qui doit se déterminer d'après les circonstances de la cause.

Le principe est que le débiteur est le malade qui a profité des soins, et non pas celui qui n'a fait que donner l'hospitalité à ce malade. Mais, lorsqu'une femme mariée (comme dans l'espèce ci-dessus) en visite chez son beau-père, loin du domicile conjugal, s'y trouve prise des douleurs de l'enfantement, le beau-père qui laisse venir l'accoucheur, sans faire ses réserves au point de vue du règlement de la note, devient responsable des honoraires de l'homme de l'art, alors surtout que l'accoucheur ne connaît point l'accouchée et ne s'est dérangé qu'à cause de la réputation de solvabilité et d'honorabilité du beau-père. En effet, le sieur L... a commis une faute qui entraîne sa responsabilité, en n'avisant pas immédiatement le docteur G... qu'il n'entendait pas payer les frais d'accouchement de sa bru.

Il faut savoir, en outre, que le docteur G... n'habite pas dans la commune où il a dû se transporter pour procéder à l'accouchement, que dans cette commune il existe un médecin et qu'il en résulte que le docteur G... paraît bien avoir été appelé sur l'ordre de L.... lui-même, encore que ce dernier s'en soit défendu.

Nous ajouterons que le médecin doit tout d'abord discuter le débiteur principal, c'est-à-dire la personne qu'il a soignée ; mais il n'y avait pas lieu de procéder ainsi, dans l'espèce soumise à M. le juge de Paix de Poissy, le fils L... se trouvant en état de faillite.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical du Tarn

17 *juin* 1897.

Présents : MM. Sicard, *de Castres, président*, Sicard, *de Saint-Pierre*, Durand, *d'Albi*, Boularan, Guiraud. Besse, Journès, Carayon, Bonneville fils, Paulin, Grand.

Excusés : MM. Cabot, Maffre, Calvet, Trille, Bonneville père.

Les Docteurs Galibert, *de Boissezon*, Galòu, *de Vabre*, Bouissière, *d'Albi*, Baillé, *de Rabastens*, Favre, *de Saint-Sulplice*, sont élus, à l'unanimité, membres du Syndicat.

Les Docteurs Rey, Cestan, Flous, de Gaillac, bien que ne faisant pas partie du Syndicat, assistaient à la réunion.

Les Docteurs Rolland et Escat, de Toulouse, représentaient le Syndicat médical de la Haute-Garonne.

Le Président remercie le Syndicat de la Haute-Garonne dans les personnes de ses délégués, les Docteur Rolland et Escat, dont la présence à cette réunion est un témoignage précieux d'estime et de bonne confraternité de la part de nos voisins ; il prie ces honorables confrères de transmettre à leurs collègues les remerciements chaleureux du Syndicat Tarnais.

Assistance médicale gratuite.

Le Dr Bonneville rappelle ensuite qu'une commission instituée par le Préfet du Tarn, concernant l'Assistance médicale s'est réunie à Albi. Voici le résumé de ses délibérations :

La commission a eu à examiner trois systèmes différents d'organisation d'Assistance médicale.

1° Système Vosgien qui n'est autre chose que le système actuel : liberté pour le malade de choisir son médecin et paiement à la visite ;

2° Système à la circonscription avec un médecin fonctionnaire nommé par le Préfet ;

3° Système mixte dont voici le principe : Les médecins qui en font la demande sont tous admis à donner leurs soins aux indigents.

Ceux-ci sont divisés en deux catégories :

a) Ceux des agglomérations qui comptent plusieurs médecins.

b) Ceux des localités dépourvues de médecins.

Les premiers auraient le droit de choisir leurs médecins ; les seconds seraient soignés par un médecin nommé par l'autorité préfectorale.

Le médecin serait payé à l'abonnement par indigent inscrit.

Le Syndicat examine ces divers systèmes, et après diverses observations formulées par MM. Guiraud, Besse et Journès, décide qu'il faut maintenir, avant tout, la liberté de l'indigent, quel qu'il soit, de choisir son médecin.

Donc, pas de division en circonscriptions. Le médecin serait payé à l'abonnement, puisque le payement à la visite paraît condamné d'une façon irrévocable par le Préfet. Disons cependant que c'est ce dernier mode qui a conservé toutes les préférences du Syndicat. Il espère même qu'il sera de nouveau appliqué dans un avenir prochain.

Quant au taux de l'abonnement, le Dr Carayon, se basant sur des chiffres officiels, propose le chiffre de 3 francs par membre inscrit, plus une indemnité de 0,50 centimes par kilomètre.

Le Syndicat ne demande pas que les opérations soient payées.

Quant aux accouchements, voici le tarif proposé : accouchements simples : 15 francs ; dystociques : 25 francs.

Enfin le Syndicat réclame de la façon la plus formelle que le médecin soit consulté pour la formation de la liste d'assistance.

Société de secours mutuels.

Le Président communique une lettre de M. l'Agent-Voyer en chef du département, demandant quelle réduction ferait le corps médical à une Société de secours mutuels comprenant tous les cantonniers.

Le Syndicat, à l'unanimité, refuse toute réduction, et se prononce pour le tarif en vigueur dans les deux associations du département, et appliqué aux clients ordinaires.

Bureau.

Avant de procéder au vote pour le remplacement des membres du bureau, les Drs Boussac et Sicard, de Castres, dont le mandat prend fin, quelques membres proposent qu'une modification soit apportée à l'art. 8 des Statuts, en ce qui concerne la non rééligibilité immédiate des membres du bureau sortants, et développent les motifs pour lesquels il leur paraît nécessaire de maintenir au bureau les membres qui, en cette qualité, se sont déjà occupés plus activement et plus directement des questions mises à l'étude.

Le Syndicat, consulté, décide que l'art. 8 des Statuts sera modifié ainsi qu'il suit :

Les membres sortants pourront être immédiatement rééligibles.

Le Président fait ensuite observer que lorsque dans la dernière assemblée générale, l'art. 7 des Statuts fut modifié en ce qui concerne le nombre des assesseurs, lequel fut porté de quatre à huit, il ne fut pas indiqué comment s'opérerait le renouvellement de ses membres. Il prie l'assemblée de réparer cet oubli et de fixer le mode de renouvellement des quatre membres nommés en 1896.

L'assemblée décide que les quatre membres adjoints au bureau, en juin 1896, seront répartis avec les trois séries sortantes : deux avec les deux premières séries, les deux autres avec la dernière série. Il est immédiatement procédé au tirage au sort pour cette désignation.

Le Dr Puech sort avec la première série ; le Dr Durand avec la seconde ; les Docteurs Guiraud et Saint-Sardos avec la troisième.

Enfin, une dernière proposition est soumise à l'assemblée, avant le vote. C'est qu'un confrère de Mazamet soit désigné pour faire partie du bureau, motif pris de la convenance à faire représenter au bureau la région de Mazamet, où se trouvent réunis des confrères en assez grand nombre.

Après quoi, il est procédé au vote pour le remplacement des Docteurs Boussac, Sicard et Puech.

L'Assemblée renouvelle leurs mandats aux Docteurs Sicard et Boussac, et nomme le Dr Bonneville fils, de Mazamet, à la place du Docteur Puech.

Fédération.

Le Dr Rolland, représentant le Syndicat médical de la Haute-Garonne, propose au Syndicat du Tarn, de s'unir à la *Fédération Médicale* » du Sud-Ouest. Chaque membre du Syndicat sera abonné à cette publication mensuelle, moyennant 1 franc par an versé par la caisse au Syndicat.

Ce journal de propagande syndicale publiera les comptes rendus de toutes les réunions et établira ainsi un trait-d'union entre les membres des divers syndicats voisins.

Le président remercie le Dr Roland et avec lui, le Syndicat de la Haute-Garonne qui, dans une pensée de défense professionnelle et de relèvement moral, tout à la fois, cherche à grouper tous les syndicats médicaux de la région.

Il est d'avis que le Syndicat du Tarn doit accepter l'offre, qui lui est faite, et en même temps exprime sa satisfaction de voir se préparer la prospérité d'une œuvre à laquelle se rallieront bientôt tous les médecins.

A l'unanimité le Syndicat médical du Tarn accepte la proposition du Syndicat de la Haute-Garonne.

A l'issue de la séance, le Bureau s'est réuni pour nommer son Président, et désigne le Dr Sicard, de Castres, à qui était bien dû cet éclatant témoignage de confiance.

REPORTAGE MÉDICAL

Souscription Laporte, 3e LISTE. — MM. les docteurs Angelby, Ferté-Gaucher, 5 fr. (envoi du 1er novembre et omis) ; Lostic de Kerhor, Belle-Isle, 2 fr. ; Barette, Caen, 5 fr. ; Syndicat de la Basse (Nord), MM. les docteurs Legrand, Coppens, Dubus, Delabarre, Lecomte, Wallart, Carpentier, Hu, Constant, Bouchez, Flamant, Deleuneville, Gallo, 20 fr. ; Féa, Saint-Cyr-au-Mont-d'Or, 5 fr. ; Naudin, Lorris, 5 fr. ; Florence, Perpignan, 5 fr. ; Caire, Nanterre, 5 fr. ; Traby, Ille-sur-le-Tet, 2 fr. ; Hervé, La Mothe-Beuvron, 2 fr. ; Pigache, Pavilly, 2 fr. ; Blondet, Pavilly, 2 fr. ; Galopin, Barentin, 2 fr. ; Rousseau, Conflans-Sainte-Honorine, 5 fr. ; Guionnet, Selle-sur-le-Bied, 2 fr. ; Chatelain, Paris, 5 fr. ; Maussire, Vesoul, 5 fr. ; Beaupere, Salornay, 5 fr. ; Regoby, Perthes-en-Gatinais, 5 fr. ; Franqueville-Rue, 1 fr. ; Sérieux, Martigues, 1 fr. ; Péria, Generac, 3 fr. ; Chauvel, Quimper, 5 fr. ; Bourdin, Saint-Florent, 1 fr. ; Pic, Lyon, 5 fr. ; Delarue, Mortcerf, 1 fr. ; Mathon, Forges-les-Eaux, 5 fr. ; Barbat, Charlieu, 2 fr. ; Béraud, Charlieu, 2 fr. ; Ribard, Paris, 5 fr. ; Raffegeau, Vésinet, 5 fr. ; Lacoarret, Toulouse, 5 fr. ; Tacheron, Bar-sur-Aube, 1 fr. ; Laguens, Castillon, 5 fr. ; Guyon, Nantes, 1 fr. ; Hugues, Loriol, 5 fr. ; Lagrange, Poitiers, 2 fr. ; Gaudin, Tonnay, 5 fr. ; Rougé, Limoux, 3 fr. ; Lassalle, Lormont, 5 fr. ; Gremeaud, Lery, 2 fr. ; Labatut, Dax, 3 fr. ; Rousselot, Tourcoing, 2 fr. ; Maupomé, Montégut, 2 fr. ; Leblanc, Brest, 2 fr. ; Doussain, Clisson, 2 fr. ; Crepel, Paris, 5 fr. ; Calmels, Millau, 1 fr. ; Armand, Albertville, 4 fr. ; Augé, père, Pithiviers, 3 fr. ; Augé, fils, Pithiviers, 3 fr. ; Rebulet, Bourgtheroulde, 3 fr. ; Brettmon, Herbault, 5 fr. ; Gandaubert, Montsauche, 3 fr. ; Steibel, Tournan, 5 fr. ; François, Vezelay, 1 fr. ; Bellamy, Saint-Brieuc, 5 fr. ; G. Fournier, Paris, 5 fr. ; Syndicat Médical de l'arrondissement d'Arles, 21 fr. ; Delille, Blanquefort, 3 fr. ; Goujon, Lyon, 1 fr. ; Chamousset, Belleme, 1 fr. ; Gaillard, Sainte-Marie-de-Ré, 2 fr. ; Pannetier, Triel, 5 fr. ; Lallemand, Saint-Julien, 1 fr. ; Guiffart, Cherbourg, 2 fr. ; Yvon, Paris, 5 fr. ; Robert, Le Chesnais, 1 fr. 50 ; H. Marais, Honfleur, 5 fr. ; Couturier, Trouville, 3 fr. ; Lepelletier, Fleury-Vallée, 2 fr. ; Richard, Isigny, 2 fr. ; P. Lambry, Courtenay, 5 fr. ; Demahis, Cerilly, 1 fr. ; Bermondy, Nice, 3 fr.

Rectification. — Reçu de M. le docteur Guyader, de Brest, 3 fr. au lieu de 1 fr. porté dans la 2e liste.

Ecole française d'Orthopédie et Massage, 21, rue Cujas, Paris. — Le docteur Archambaud reprendra ses cours à l'Ecole française d'orthopédie et massage le mercredi 17 novembre prochain, à 6 heures du soir, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Se faire inscrire, les lundi, mercredi, vendredi, de 4 heures à 6 heures.

Les docteurs en médecine français sont admis gratuitement à ces cours, ainsi qu'aux démonstrations pratiques qui ont lieu aux heures de consultation.

Un code de déontologie. — Le *Concours médical* a créé, en 1894, un prix de 500 fr. à décerner à l'auteur du meilleur code de déontologie professionnelle, et a nommé une commission pour l'examen des projets qui lui seraient soumis en vue de répondre à ce concours.

Le *Lyon médical* fait aujourd'hui, en ces termes, une proposition analogue :

Des faits récents ont passionné l'opinion publique. Ils ont profondément ému le corps médical, dont la liberté et la dignité professionnelles sont mises en cause.

Il est utile de faire connaître les droits et les devoirs des médecins.

Le *Lyon médical* ouvre une souscription dont le produit sera attribué à la création d'un prix décerné par *l'Académie de médecine* au meilleur travail de déontologie professionnelle.

Au moment où l'exercice de la médecine est ainsi attaqué, discuté et condamné, nous devons faire œuvre de solidarité confraternelle, grouper les efforts de chacun pour la sécurité et l'honorabilité du corps médical tout entier.

Le *Lyon médical* s'inscrit pour 100 francs et convie les journaux médicaux et scientifiques à s'associer à cette souscription.

Patrons, assurances et médecins. — *L'Union médicale de Gand* a porté à son ordre du jour, la discussion d'un projet de déclaration à exiger des patrons et des Compagnies d'assurances, en cas d'accidents. Aucun certificat d'incapacité de travail ne serait plus délivré sans que l'une ou l'autre formule suivante n'ait été remise dûment remplie et signée au médecin : « Le soussigné (directeur ou agent) de la Cie d'assurances X. invite M. le Dr Y. à constater *aux frais de la Cie* chez l'ouvrier Z, les lésions suite de l'accident du... et de lui délivrer les certificats nécessaires. »

« Le soussigné, chef d'établissement, invite M. le docteur X. à constater *à ses frais*, chez son ouvrier Y, les lésions suite de l'accident, etc..... »

— Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que M. le docteur *Bontemps* (de Jussey), membre du « *Concours médical* », vient d'être élu député de la Haute-Saône.

Le transport des nourrissons. — Le ministre des travaux publics, frappé des dangers que courent les enfants envoyés en nourrice par l'Assistance publique, dans le transport par les wagons ordinaires de 3e classe, à séparations incomplètes, vient d'inviter par circulaire les compagnies de chemins de fer à étudier d'urgence les mesures à employer pour remédier à ces dangers.

Un stimulant pour les Universités. — Afin de provoquer une heureuse émulation entre les Universités récemment fondées, M. le Dr Vigné d'Octon, littérateur et député de l'Hérault, vient de saisir le ministre de l'instruction publique d'une proposition ayant pour but d'organiser, à l'Exposition de 1900, une section des universités, dans laquelle chaque université exposerait ses différents travaux et ses découvertes. Cette section serait ouverte aux universités étrangères.

Encore un masseur acquitté. — Cette fois, c'est le tribunal de Nantes qui a refusé de voir, dans le massage, un acte d'exercice illégal, car il ne constitue pas un traitement des maladies ou des affections chirurgicales !!

« Attendu qu'il n'y a eu là à proprement parler qu'un pétrissement des chairs ou des muscles qui a pu amener le replacement de certains os, mais qui ne sort pas du massage dont l'exercice est resté absolument libre d'après le rapport de la loi. »

Ainsi s'exprime l'arrêt. Et pendant que les magistrats de France argumentent de cette façon, les Universités créent des chaires de massage, les Championnière l'enseignent à leurs élèves, et les médecins s'exercent tous les jours à en perfectionner l'emploi. Tout le monde sait cela, car le *Petit Journal* l'a appris à des millions de lecteurs. On l'ignore au Palais.

Les accouchements à domicile. — M. Chérioux a demandé et obtenu, dernièrement, le renvoi à l'examen de la première commission du Conseil municipal de Paris, de la proposition suivante :

L'administration de l'Assistance publique est invitée à instituer dans ses dispensaires une organisation permettant de donner, à domicile, aux femmes en couches dont la délivrance est laborieuse, tous les soins que peut exiger leur état.

Legs et libéralités. — Nous avons dit au dernier numéro que l'Association générale des médecins de France venait d'entrer en possession du legs important à elle fait par M. le Dr Marjolin. Nous enregistrons aujourd'hui les autres libéralités qui suivent :

Par décret, la Faculté de médecine de Paris est autorisée à accepter le legs fait par M. René-Nicolas Marjolin, et consistant dans la nue propriété d'une maison sise à Paris, 5, place des Vosges, dont le revenu sera employé, après le décès de l'usufruitière, au remboursement des frais d'inscription d'étudiants en médecine français, internes ou externes des hôpitaux de Paris, s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude et ayant recueilli avec soin des observations dans leurs services.

Par décret, la Société de chirurgie de Paris est autorisée à accepter, aux clauses et conditions énoncées, le legs d'une somme de 10,000 fr., fait par M. René-Nicolas Marjolin, pour les arrérages être affectés annuellement à la continuation de la fondation Duval.

D'autre part, la Faculté de médecine a été mise en jouissance d'une donation de 10.000 francs de Mme Vve Legroux, pour la fondation d'un prix quinquennal sous le nom de prix Charles-Legroux ; et l'Association générale a reçu : 1° un legs de 3000 fr. de Mme Raphat, veuve de M. Le Bret ; et 2° un legs de 1000 fr. de M. le Dr Lafont.

Etudes médicales. — Au cours de la session du Conseil supérieur de l'Instruction publique, de juillet 1897, M. Bichat a émis le vœu que le diplôme de bachelier ès-sciences mathématiques de l'enseignement classique donnât accès aux études médicales, au même titre que le diplôme de bachelier ès-lettres philosophie.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4210. — M. le docteur Noury de Caen (Calvados), membre de l'Association des médecins du Calvados et présenté par MM. les docteurs Barette, de Caen, et Marais, de Honfleur.

N° 4211. — M. le docteur Pascal, de Béziers (Hérault), membre du Syndicat de Béziers (Hérault).

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs, le décès de M. le docteur Jacquemet, de Montpellier (Hérault), membre du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année | N° 48 | 27 Novembre 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

18me ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DE LA

SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

14 NOVEMBRE 1897

A 3 heures et demie, les médecins arrivaient nombreux, dans les salons du restaurant Marguery, reçus par d'aimables commissaires, MM. les Drs Le Menant des Chesnays (de Ville d'Avray), Pannetier (de Triel), Mignon (des Mureaux), et deux jeunes étudiants, déjà membres de la famille médicale, MM. Louis Gassot (de Chevilly) et Marais (de Honfleur).

M. le Dr Cézilly, *Directeur* de la Société, ouvre la séance, à 4 heures, ayant à ses côtés MM. Gibert Gassot et Maurat, *membres* du *Comité de Direction*. Il invite à prendre place au Bureau, MM. Giberton (de Jouy-en-Josas), et Jeanne (de Meulan), chargés de communications importantes, MM. Bazot (de Joigny) et Lambry (de Courtenay), désignés comme *assesseurs*, et enfin MM. Huguenin et Louis Gassot, qui ont bien voulu accepter d'être les *secrétaires* de la séance.

Le Président prie l'Assemblée d'agréer les excuses des membres empêchés d'assister à la réunion, et mentionne, en particulier, les lettres de MM. les Drs Dellestable, Signard, Legludic (1), *sénateurs* ; Bourrillon, Dron, Bontemps, Amodru, et Viger, *députés* ; Descoings (d'Angers), Marais (de Honfleur), Pecker (de Maule), Bard, professeur à la Faculté de Lyon, Gouin (de Montaigu), Labatut (de Dax). Arnaud (de La Rochette, Savoie), Capitrel (de Vimoutiers), Pigeon (de Barbentane, Bouches-du-Rhône), Scheydt (de Cette), Bresse (de Blidah), Gustin (de Noirmoutiers), Vivant (de Monte-Carlo), Bonnet (de Neuville-sur-Saône, Rhône), Léon Petit (de Paris), Mignen (de Montaigu), Lasalle (de Lormont), etc., etc...

Il se félicite de pouvoir promettre, en revanche, la présence au Banquet, de M. Henri Robert, avocat, défenseur du Dr Laporte, de MM. les Drs Pédebidou et Cosmao-Dumenez, *députés* ; de M. Rondel *contrôleur de l'Assistance médicale*, et des collaborateurs et amis dévoués du « Concours » qui se nomment MM. Léon Marie, *actuaire*, Lordereau, *conseil judiciaire*, Chanlaire, *conseil financier*, Dr Pic, médecin des hôpitaux de Lyon, Dr Desnos, président du conseil des Sociétés d'arrondissement de Paris, Dr Le Gendre, médecin des hôpitaux de Paris, et Dr Lepage, accoucheur des hôpitaux. (*Applaudissements*).

M. le Dr Cézilly prononce alors l'allocution suivante :

Allocution du Directeur.

Chers confrères,

Des sujets intéressants nous prendront largement le temps trop restreint que nous pouvons consacrer, chaque année, à nous entretenir, en Assemblée générale annuelle. Je serai donc très bref.

Nous avons tous été émus par l'issue inattendue du procès intenté à l'un de nos confrères. Cet arrêt est une menace pour chacun de nous. Le parquet a pris d'abord une mesure exceptionnelle ; il accusait d'homicide par imprudence ; cette accusation n'entraînait pas l'incarcération et, par exception, le malheureux docteur Laporte attendait pendant 10 jours à Mazas, le résultat des démarches de l'une de ces utiles Sociétés de défense professionnelle que le « *Concours Médical* » a eu l'honneur de fonder, le *Syndicat de la Seine*, et d'une autre Société médicale, celle du *XVIIe arrondissement*, à laquelle il appartenait. Libéré de

(1) Les excuses de MM. Cornil et Beaudouin ne sont parvenues qu'à la fin du banquet.

la prison, il comparaissait à la barre de la IX[e] chambre, il était condamné. Il a interjeté appel sur les sollicitations ardentes du D[r] Ducor, et s'il rencontre, d'ici au jour de sa comparution, les appuis, sans réserves, sur lesquels il est en droit de compter, il nous a affirmé qu'il ne se désisterait pas, la veille de l'audience.

Nous avons ouvert une souscription en témoignage de sympathie et nous avons pris toutes les mesures qui nous paraissaient utiles à la défense de sa juste cause. Il ne s'agit plus seulement d'un innocent à faire acquitter, il faut qu'on rétablisse la doctrine ancienne compromise par la IX[e] chambre, qui prétend, singulière interprétation, s'appuyer sur elle pour condamner. Opinion de l'avocat général *Dupin* :

« Il ne s'agit pas de savoir si tel traitement a été ordonné à propos ou mal à propos, s'il devait avoir des effets salutaires ou nuisibles, si un autre n'aurait pas été préférable, si telle opération était ou non indispensable, s'il y a eu imprudence ou non à la hasarder, *si avec tel ou tel autre instrument, d'après tel ou tel autre procédé, elle n'aurait pas mieux réussi*. Ce sont là des questions scientifiques à débattre entre docteurs, et qui ne peuvent pas constituer des cas de responsabilité civile, ni *tomber sous l'examen des tribunaux.* » (DALLOZ : mot *Responsabilité*, p. 317.)

Les affaires médicales se multiplient : *Lafitte, Lasalette, Méloche, Hartmann*, puis *Thomson, Laporte, Heim, Dumont* et une autre, pendante en ce moment, qui concerne notre responsabilité vis-à-vis des Compagnies d'assurances et dont nous parlerons plus tard.

Toutes prouvent que la thèse, que nous avons soutenue, contre le sentiment du Syndicat de la Seine, dans l'affaire Thomson, est absolument juste.

Supposez, chers confrères, un *Conseil médical* saisi par M. Laporte, faisant intervenir dès le premier jour M. Pinard et d'autres maîtres, avec le Syndicat de la Seine et la Société du XVII[e] : il y avait contre-expertise, et M. Laporte n'était pas emprisonné ; il y aurait eu non lieu, ou acquittement.

Donc, toutes les fois qu'un médecin est accusé, quelle que soit l'accusation, notre devoir est l'intervention immédiate, pour faire proclamer l'innocence, ou pour atténuer la culpabilité par la mise en lumière des circonstances atténuantes, si nombreuses dans notre redoutable exercice !

Ne pas intervenir, c'est prononcer par avance une *sentence relative*. Une condamnation qui survient ne prouve pas que le corps médical se solidarise avec le coupable ; on est intervenu par devoir et on s'incline si la sentence est juste. (*Assentiment général.*)

Sur cette affaire Laporte, il convient de vous soumettre une autre considération ; elle touche au rôle que les experts ont joué dans presque tous les procès que j'ai énumérés. Souvent il a été néfaste ; ils ne se sont pas tenus dans la réserve scientifique qui est leur devoir ; souvent leur expertise a donné lieu à de justes récriminations, et je me serais demandé bien souvent, comment il pouvait en être ainsi, si je ne m'étais souvenu que l'un d'eux, dans une circonstance mémorable, m'avait tenu ce langage : *il s'agissait d'un médecin, d'un confrère ; je ne pouvais m'exposer au soupçon de partialité en sa faveur !* Je me révoltai contre cette théorie et à sa vive surprise je lui répondis : Au contraire, *votre devoir était d'être circonspect à l'excès, d'être partial* dans vos conclusions, non parce qu'il était votre confrère ; mais parce que vous, médecin, vous saviez qu'il exerçait une profession qui, plus qu'aucune autre, est dangereuse, périlleuse, et réclame de celui qui l'exerce, le mépris des interprétations, le courage d'affronter tous les écueils, pour accomplir tout son devoir. Vous ne couriez que le danger d'une injuste suspicion, par la partialité en sa faveur et, dans la circonstance, vous avez été une des causes d'une erreur judiciaire qui n'a été qu'incomplètement réparée. (*Applaudissements.*)

Il faudra donc obtenir, pour tous les accusés, une double expertise : celle de l'accusation et celle de la défense. Voilà un des rôles du *Conseil médical* dont nous vous proposerons la création.

En ce qui concerne le rôle de la presse générale, il a été excessif comme d'habitude ; l'auteur d'une *boucherie* est devenu, à la réflexion, un *innocent*, comme le D[r] Lafitte. La presse est libre, ce n'est pas nous qui nous en plaindrons ; elle a l'obligation de l'information rapide ; elle accuse, elle excuse et si elle nous a parfois porté préjudice, nous avons eu aussi souvent à lui adresser des remercîments pour nos confrères mis en cause. Un récent accusé qu'elle voulait condamner sans l'entendre, prouvera bientôt l'exactitude de notre thèse.

Quant à la *Presse médicale*, elle a été unanime dans ses témoignages à l'égard du nouveau condamné et dans ses efforts pour que son innocence soit reconnue.

L'*Association de la Presse*, dans sa réunion du 5 novembre, a pris les mesures qu'elle a jugées les plus utiles au D[r] Laporte.

Peut-être serait-il avantageux, avant l'appel, de provoquer l'avis de la Société de médecine légale ? Espérons, en tout cas, que les juges nouveaux vont dire aux premiers : « Vous vous êtes trompés, parce que les experts vous ont induit en erreur » et qu'ils se rendront au cri puissant de l'opinion publique qui proclame que le témoignage des deux commères ne peut prévaloir contre celui des représentants autorisés de la science et contre la protestation unanime d'une profession respectable. (*Assentiment.*)

Nous allons aussi, Messieurs, nous entretenir de l'*Ordre des médecins*. Un appel à cet ordre vient volontiers sous la plume, lorsqu'on se trouve en présence de tant de circonstances qui nous prouvent la nécessité de l'union, pour notre bon renom et pour la défense de nos intérêts.

Mais il est bon, à ce sujet, de démontrer que, dans l'attente d'une organisation souhaitable, si elle est possible et si les inconvenients ne dépassent pas son utilité, nous ne sommes pas désarmés. Rien n'est plus facile que de *réclamer* l'Ordre des médecins et d'en rédiger les statuts ; plus ardue est la tâche d'accomplir ce qui peut suppléer à son absence.

C'est ce qu'a fait le « Concours médical » dès son origine, en s'organisant en *Société d'étude et de défense des intérêts médicaux*, qui s'est d'abord attaquée aux vices de la législation qui nous régissait et qui a obtenu, au bout de 10 à 12 ans d'efforts, la loi *Chevandier.*

Puis il a créé les *Syndicats médicaux*, et leur *Union*, et obtenu, en 1891, leur consécration par la loi ; de telle sorte que, permettez-moi de le faire observer, toutes les fois que ces Associations font une bonne œuvre, prennent d'utiles mesures médicales, il est fondé à réclamer sa part du bénéfice moral.

L'Union des Syndicats recherche la constitution d'une *Caisse de défense* et nous ne pouvons que l'en louer et l'y aider.

Le Concours a rendu à l'*Association générale* de grands services, puisqu'il a suscité, dans ses Assemblées générales, et dans les *Sociétés locales*, des discussions ardentes qui ont amené un certain mouvement pour le progrès du Secours mutuel et des œuvres de bienfaisance entre médecins.

Lorsqu'il a réussi à tirer Lafitte de sa prison et obtenu sa grâce, il a ouvert, comme il vient de le faire, pour le D[r] Laporte, une fructueuse souscription ; il avait procédé de même, précédemment, pour des confrères malheureux, ou pour une manifestation médicale.

Sentant combien le médecin est menacé, notre Société s'est vouée aux œuvres de prévoyance, bien supérieures à celles de bienfaisance ; en 1884, elle établissait la Caisse des pensions de retraite ; en 1887, celle

des victimes du devoir médical ; en 1894, l'Association amicale pour l'indemnité de maladie ; en 1896, elle proposait les pensions des veuves et orphelins.

Tout à l'heure, Messieurs, par la voix autorisée d'un des membres du Conseil de Direction, *M. le Dr Gassot*, dont vous avez pu, depuis tant d'années apprécier le dévouement à nos intérêts et la compétence, nous vous soumettrons une œuvre nouvelle, une Société de défense professionnelle qui veut se vouer, si vous lui accordez vos suffrages, à la protection et à la défense spéciale des intérêts de ceux qui en feront partie. Les propositions de M. le Dr Gassot seront le résumé des réflexions, des propositions de chacun des membres du Conseil et, je ne dois pas l'oublier, de M. le Dr Jeanne. Il ne manque jamais une occasion de mettre à votre service les plus ingénieuses conceptions, qui lui sont dictées par un rare sens pratique des réalités du monde médical.

J'ai la satisfaction de constater la prospérité de toutes les œuvres de prévoyance qui appartiennent à notre Société: *Pensions, indemnité de maladie*, protection de *nos victimes du devoir, assurances sur la vie*, services de *clientèles*, de *remplacements* ; nous désirerions y joindre un service spécial : celui des *assistants* des *Associés* en clientèle ; nous pensons que cette organisation répondra chez nous, comme à l'étranger, où elle existe depuis longtemps, à un ordre de faits, que la correspondance nous a signalés. Il y a là un service à rendre qui sera de quelque portée. Nous l'étudierons avec soin.

Le journal s'est décidé à envisager certaines pratiques médicales qui tendaient à s'établir parmi nous ; cette étude était indispensable. Il fallait regarder de face la *dichotomie*. Je pense que M. le Dr *Jeanne* a indiqué une juste solution, lorsque, dans le tarif d'honoraires qu'il a publié au journal, il a abordé ce point particulier, sur lequel nous réclamerons votre avis.

J'estime aussi que ce tarif, qui a mérité les suffrages de la plupart de nos lecteurs, rendra des services considérables aux jeunes médecins qui ne sont pas au courant des détails de la pratique et aux plus anciens, pour la rédaction de leurs notes d'honoraires. Ce travail d'ensemble a fourni déjà, il fournira, dans l'avenir, des bases d'appréciation équitables, dans les cas de contestation devant les tribunaux.

Le journal a également rendu service, lorsqu'il a déterminé nettement la façon dont nous devons lutter contre les collectivités et ici nous avons encore trouvé M. le Dr Jeanne sur la brèche.

Avec des cotisations infimes, quelques membres honoraires, les subventions de l'Etat, les sociétés de secours mutuels, en sont arrivées en 1896 à cet étonnant résultat. Elles sont dix mille ; elles comptent dix-sept cent mille membres. Leurs recettes sont de trente-trois millions ; elles n'en dépensent que vingt-neuf ; leur actif est de *deux cent vingt millions*.

Elles ne se contentent plus du secours en cas de maladie ; elles pourvoient à d'autres éventualités et, en outre, notez bien ces chiffres, avec leurs minces cotisations elles payent à 39.000 sociétaires des pensions annuelles s'élevant à 2.700.000 fr. Leur actif pour les retraites est de *Cent vingt et un millions.*

Nous ne sommes donc plus en face des Sociétés de secours du début, mais vis-à-vis de Sociétés d'assurances. Elles ne veulent même pas reconnaître qu'une grande partie de leur fortune vient des médecins et je constate que la plus riche mutuelle, celle des employés de commerce, pour 60.000 interventions médicales, n'a payé que 60.000 francs, soit 1 fr. Combien de sociétés payent souvent sur le taux de 10 à 25 centimes au médecin. Avec de tels *fournisseurs*, qui n'entasserait millions sur millions.

Ces constatations et bien d'autres ont amené le « Concours » à rompre des pourparlers, sans issue, engagés avec la mutualité, et à ériger en règle la déclaration suivante, qui fera son chemin :

« Il y a parmi vous, non des indigents, mais des humbles, dont la prévoyance mérite l'encouragement « du philanthrope qu'est toujours le médecin. Nous tenons à leur donner la preuve de notre sympathie : « à cet effet, nous *leur* offrons, *à eux seuls*, la réduction globale de 25 % sur nos honoraires, et créons, « pour eux, une place de faveur, dans notre tarif, après celle qu'occupent les assistés de la société où « nous vivons. C'est à prendre ou à laisser, car nous ne vous devons rien, et nous plaignons ceux des « nôtres qui s'inclinent devant vos prétentions. »

Quant à l'*Assistance médicale gratuite*, le Concours a contribué, de tout son pouvoir, à en faciliter l'établissement et prouvé que bien souvent les Conseils généraux ne sont pas à la hauteur de leur tâche.

Ils continuent à croire que, seul, le médecin est tenu à faire des sacrifices au delà de ses forces, lui qui a consenti à abandonner 50 % sur ses honoraires habituels. Même dans ces conditions on lui dispute son salaire !

Aucune raison n'existe pour consentir des diminutions en faveur des Compagnies d'assurances-accidents et autres sociétés industrielles. Un fait récent, auquel nous avons fait allusion dans le journal, et que nous exposerons, après avoir eu gain de cause, prouve que nos générosités actuelles ne sont payées que de la plus parfaite ingratitude.

Si je me suis étendu sur ce que nous avons accompli ensemble, depuis 1879, c'est que, mesurant les difficultés surmontées, je me rends compte de ce qui reste à faire ; j'énoncerai en conséquence ce qui pourrait être entrepris sans trop de difficultés, si vous nous en donnez le mandat.

Nous pouvons demander qu'on augmente la sévérité des épreuves qui ouvrent l'accès de la médecine ; nous pouvons arriver à rédiger ce *code de déontologie* pour lequel le Concours a institué un prix.

Faisons, si vous le voulez, notre *Ordre des médecins* au petit pied, sans autorisation, ni contrainte et pour cela : 1° nommons un *Conseil médical* de défense ; 2° formons pour les Membres du Concours, un *Conseil d'arbitres* pour vider les différends parmi eux ; 3° demandons aux Syndicats de dresser la *liste des médecins diplômés* de leurs départements respectifs, liste qu'ils contrôleront pour en éliminer les diplômes de fantaisie ; liste qu'ils communiqueront à tous les médecins, en ajoutant : Si vous ne voulez pas faire partie de nos Syndicats, voulez-vous être porté sur la liste des électeurs médicaux du département, liste qui constatera que vous êtes régulièrement diplômé.

Ce sera un début pour l'ordre des médecins ; nous préparerons sa fondation, s'il nous est démontré, plus tard, qu'il est utile et possible.

Les Syndicats ont une autorité à peine naissante ; ne la sapons pas, par trop de hâte à leur en substituer une autre.

Et alors nous pourrons dire, à tous ceux de nos amis qui sont partisans de l'*Ordre des médecins*, que nous considérons celui-ci comme le couronnement de l'édifice.

Mais, en attendant, ne proclamons pas que nous sommes destitués de tout appui, quand nous pouvons compter par date de fondation, en dehors des œuvres de prévoyance pure, auxquelles le Concours médical s'est spécialement voué, des Sociétés telles que l'*Association des médecins de la Seine*, l'*Association générale*, le *Concours médical*, les *Syndicats médicaux* et leur *Union* ; l'*Association de la Presse médicale*, le *Conseil général des Sociétés d'arrondissement* et si nous pouvons y joindre l'œuvre du *Sou médical* à l'exemple du *Sou des Ecoles* et le *Conseil médical* que nous réclamons aujourd'hui, nous attendrons sans impatience, l'avènement de l'*Ordre des médecins*. Nous examinerons, avec maturité, si les difficultés de son établissement, les inconvénients qu'il peut présenter, peuvent être surmontés et atténués.

Nous avons été et nous serons toujours avec ceux qui veulent l'union, sans abdiquer l'indépendance qui jusqu'à ce jour était peut-être le seul bien qu'on ne nous disputait pas. (*Applaudissements prolongés.*)

Caisse des Veuves et Orphelins.

M. le Président. — Vous avez créé l'année dernière, Messieurs, une nouvelle Œuvre de prévoyance et vous désirez évidemment savoir où en est sa préparation. Je prie M. le Dr Jeanne de vous renseigner à ce sujet.

M. le Dr Jeanne. — Vous savez, chers confrères, que la Caisse des Pensions et l'Association amicale pour l'Indemnité maladie ont fonctionné le jour même de leur naissance : les règles de la prévoyance, reproduites dans leurs statuts, permettaient cette entrée en action à l'heure où elles étaient constituées, et comme, en notre beau pays de France, les adhésions vont timidement à l'Œuvre qui se prépare, et beaucoup plus vite à celles qui sont en marche, vos deux premières Caisses se sont rapidement développées. Le fonctionnement de la Caisse des Veuves et des Orphelins est au contraire subordonné à ce principe absolu *qu'on ne peut partir sans avoir atteint le chiffre de 250 à 300 adhésions fermes.* De ce chiffre, vous êtes encore loin, car si cinquante médecins ont souscrit d'emblée, le mouvement s'est ralenti depuis : vous vous attendez les uns les autres. Le Comité de Direction a cependant fidèlement rempli la mission dont vous l'aviez chargé. En même temps que M. le Dr Cézilly adressait un chaleureux appel aux femmes des médecins, les véritables intéressées en cette question, des statuts provisoires vous étaient soumis ; et, aussitôt, des hommes dont la compétence est connue de vous, M. le Prof. Bard (de Lyon) et M. Léon Marie, actuaire, signalaient quelques points qu'il convenait d'amender. Tout dernièrement encore, M. le Dr Gassot rappelait éloquemment dans le journal l'intérêt qui s'attache à la mise en pratique de cette nouvelle mesure de prévoyance. Je ne puis donc que joindre aujourd'hui ma voix à la sienne, et vous dire, au nom du Conseil de Direction : « *Hâtez vos adhésions et hâtez celles des confrères qui vous entourent ; vous seuls pouvez mettre un terme à l'impatience des premiers adhérents.* »

M. le Président. — Vous voyez, Messieurs, que tout dépend ici de votre active propagande : le terme de la préparation est fixé au jour où nous aurons réuni les 300 adhésions réclamées par l'actuaire. Quant à votre Conseil de Direction, il a rempli sa tâche, mais il s'efforcera d'entretenir l'agitation autour de cette Œuvre précieuse, qui rendra un jour, soyez-en certains, tout comme ses aînées, de signalés services au Corps médical.

L'affaire Laporte.

M. le Président. — Je ne vous rappellerai pas, chers confrères, les premières et pénibles phases de cette affaire, sur laquelle, et à juste titre, nous avons, dès le début, et de la façon la plus formelle, provoqué et entretenu une salutaire manifestation de solidarité, ne laissant passer avant nous que l'intervention du Syndicat de la Seine et celle de la Société du XVIIe arrondissement, qualifiés pour prendre l'initiative. Vous avez lu la lettre au défenseur, vous connaissez l'arrêt et les nombreuses protestations qui se sont élevées dans nos rangs et que nous avons publiées, tout en ouvrant nos colonnes à la souscription. Je ne vous parlerai que des légitimes hésitations du confrère Laporte, à signer l'appel. Celles-ci étaient fondées ; mais, par des démarches auxquelles nous avons pris une grande part personnelle, en votre nom, et sur la nature desquelles je ne puis vous édifier complètement aujourd'hui, ces hésitations ont été vaincues. Notre confrère souhaitait l'appui éclatant des plus qualifiés du Corps médical, à l'heure de la prochaine comparution : nous voulons espérer qu'il a obtenu les garanties qu'il devait réclamer lui-même ; nous avons obtenu, nous, celles que nous avions pris l'engagement de solliciter. Et nous avons confiance dans les promesses de réparation prochaine.

M. le Dr de Fourmestreaux. — Je crois savoir que l'un des motifs de la détermination définitive prise par M. le Dr Laporte est le suivant : S'il était resté sous le coup de la condamnation, notre confrère pouvait craindre encore une action en responsabilité civile, de M. Fresquet, mari de la femme qu'il avait accouchée. Le Bureau de l'Union des Syndicats lui a fait toucher du doigt ce nouveau danger, et cette constatation, jointe à toutes les instances, a dû contribuer à le décider.

M. le Dr Gibert. — M. Cézilly a parlé de solliciter une consultation de la Société de médecine légale, afin de prévenir de nouvelles hésitations des magistrats. Je crois que cette Société ne pourrait dès maintenant répondre à ce désir, étant tenue, plus qu'une autre, à ne pas sortir de la réserve, avant le moment où elle aura recouvré toute liberté d'appréciation.

M. le Dr Maurat. — Adressons, Messieurs, à M. le Dr Laporte, un ordre du jour confirmant notre sympathie et notre solidarité, et l'informant que nous sommes à son entière disposition.

M. le Dr Hervouet. — Cela sera bien, mais j'estime que cela serait insuffisant. Je voudrais voir le « *Concours médical* », protester ici contre les tendances de la justice à nous condamner sur simple possibilité de la culpabilité.

M. le Dr Gibert. — Je crois que notre sentiment est unanime sur ce point, mais il me semble dangereux, en vue du résultat immédiat de nos efforts, de laisser parler trop haut, au nom de l'esprit de corps, dans la crainte que, par un autre esprit de corps, on ne nous fasse une réponse défavorable.

M. le Dr Richard. — Nous avons le droit de ne pas exagérer les protestations basées sur l'intérêt général, car l'esprit, sinon la lettre, de la nouvelle loi sur l'instruction criminelle, nous promet satisfaction.

M. le Dr Vignes. — Un vote de blâme aux experts serait absolument mérité. (*Marques d'approbation.*)
Et M. le Doyen, a-t-il promis son concours au confrère Laporte, en vue de la réparation ?

M. le Président. — Demandez-le, cher confrère, à M. Laporte lui-même.
En tout cas, j'estime qu'à cette heure, il convient de ne pas faire trop de place à des récriminations qui seraient au moins stériles pour le cas présent, et je vous demande, avec M. Maurat, de féliciter le Dr Laporte de sa détermination, et de nous mettre à sa disposition. Est-ce votre avis ? (*Oui, oui. Adopté à l'unanimité.*)

M. le Président. — J'ai grande hâte, Messieurs, de donner la parole à M. le Dr Gassot, au sujet de la création d'une Œuvre, dont vous apprécierez sans peine l'importance et l'opportunité.

La Caisse du Sou médical,

Ligue de protection et de défense professionnelle.

M. le Dr Gassot.

Messieurs,

Vous savez avec quel zèle et quelle persévérance le *Concours médical* a, depuis dix-huit années, poursuivi l'amélioration de la situation matérielle et morale du corps médical.

Dans le domaine de la prévoyance, il a donné son appui le plus complet aux œuvres existantes et, par des créations nouvelles, il s'est imposé de suppléer à ce qui faisait défaut.

Dans les questions professionnelles, il s'est imposé la mission de rechercher sans relâche la solution la plus favorable des difficultés avec lesquelles le médecin se trouve journellement aux prises et de lui indiquer par quelles voies il pourrait arriver au résultat légitimement souhaité.

Mais ces solutions, pour logiques qu'elles paraissent, ne sont pas toujours d'une mise en pratique très facile, et trop souvent on se heurte à des obstacles résultant tantôt de l'état d'isolement de l'intéressé, tantôt d'un intérêt immédiat qu'il lui est souvent dur de sacrifier à un intérêt plus grand sans doute, mais à coup sûr plus éloigné.

Les choses iraient autrement si, à côté du *Concours médical*, qui est une Société d'études et doit rester tel, le médecin pouvait trouver une Société d'action qui, munie de ressources suffisantes, pourrait à l'occasion lui venir en aide, lui permettant de résister à des prétentions ou à des conditions qu'il juge incompatibles avec la situation que doivent en toute justice lui assurer ses études, son travail et son dévouement. Les associations médicales existantes ont leur raison d'être, elles répondent à des nécessités que nous serions les derniers à contester, puisque toujours et en toutes circonstances nous les avons soutenues de toutes nos forces.... quand nous ne les avons pas créées,— mais elles ont chacune leur caractère spécial, elles ont leur mode d'action et leur rôle bien défini, dont il leur serait très difficile et peut-être même dangereux de s'écarter. Ce n'est donc pas d'elles que le médecin peut attendre l'aide efficace et immédiat dont nous voulons parler.

Ce qu'il faut, c'est une organisation nouvelle qui, écartant de propos délibéré toutes autres considérations, n'ait en vue que la situation personnelle du médecin et soit pour lui un moyen de défense, un appui sur lequel il puisse compter le jour où ses intérêts privés auraient à souffrir des conditions sociales nouvelles au milieu desquelles il doit vivre, se trouveraient en conflit avec l'intérêt général de la profession ou bien risqueraient de sombrer en présence d'une calamité qu'il n'aurait pu éviter. Donc, société de secours, d'aide, de défense et de prévoyance, qui s'adresserait à tous, en faveur de tous, des individus isolés aussi bien que des groupes qui existent déjà — association vivante dont le champ d'action ne serait limité que par le chiffre de ses ressources, et qui se tiendrait absolument à l'écart de tous les conflits médicaux intérieurs, pour concentrer son action contre les seuls ennemis de la profession médicale.

Cette création si désirable, dont on pourrait trouver l'idée première dans les communications faites par le *Concours médical* à ses débuts, et que peut-être d'autres ont entrevue dans des organisations qui, rapidement, ont été entraînées dans un sens différent et ont pris un autre caractère, nous paraît à la fois possible et opportune; l'idée est dans l'air, il n'y a qu'à lui donner corps.

Nous croyons ne pas nous écarter de notre programme en vous proposant de nous adonner à cette tâche nouvelle.

Il est difficile d'exposer, par le menu, quel pourra être le champ d'action de la Société nouvelle appelée à vivre à côté des sociétés existantes, sans empiéter sur leur domaine, tout en leur prêtant l'appui le plus efficace : cette action est subordonnée aux mille contingences des espèces que ses statuts ne pourront qu'indiquer. Elle sera d'ailleurs ce que vous voudrez qu'elle soit, puisque du nombre de vos adhésions dépendra sa puissance matérielle et morale; puisque, chaque année, réunis en assemblée générale, vous pourrez lui ouvrir des horizons nouveaux.

Qu'il nous suffise de citer quelques cas :

La lutte est ouverte contre les mutualités; un confrère, pour se conformer à la décision prise en réunion syndicale, sacrifie une situation qui, bien que médiocre, l'aidait à vivre ; — la Société sera là pour remédier, dans une certaine mesure, au déficit budgétaire causé par l'acte confraternel du médecin en question.

Vous vous rappelez tous la révocation scandaleuse du Dr B··· due à la trop grande conscience avec laquelle il remplissait ses fonctions d'Inspecteur des enfants du premier âge : en dehors de protestations aussi enflammées que stériles, qu'avons-nous pu faire pour ce confrère... ?

La Société nouvelle fera davantage.

Et ne peut-il survenir une nouvelle affaire Lafitte? La Société aura organisé par avance la réparation dans la mesure du possible. Sans doute, l'indignation générale contre le verdict du Jury de Seine-et-Oise a réalisé, pour cette fois, ce que nous voulons faire, mais qui pourrait affirmer qu'une telle spontanéité se retrouvera toujours?

Le cas récent du Docteur Laporte ne vient-il pas confirmer encore la nécessité de nous défendre, de nous entr'aider, en nous montrant que nous sommes tous exposés à subir un procès professionnel? — Sans doute le Syndicat pourra nous soutenir, mais le Syndicat n'existe pas toujours et partout, il peut nous faire défaut au moment opportun : la Société nouvelle sera là.

Sans insister autrement sur ces faits particuliers, permettez-moi d'indiquer brièvement les œuvres que la future Société peut aborder presque immédiatement.

1° *Caisse de secours immédiats.*—Le médecin comme tout le monde, et peut-être plus, est sous le coup de gênes imprévues contre lesquelles il ne peut guère se mettre en garde, et dont il se relèverait bien d'ailleurs, si on lui tendait la main. De grands embarras peuvent lui être évités par une caisse qui ferait, à bon escient, une avance, un prêt ou au besoin un don bien placé.

Ne serait-ce pas rendre un service immense que d'avancer des frais d'installation ou d'achat d'instruments, des droits de succession, les frais d'un traitement dans une maison de santé, de trousseau d'un fils, à l'entrée d'une école, une caution quelconque sur justification de la dépense projetée et indication des époques de remboursement ?

Le *Concours médical* a plus d'une fois été sollicité dans des cas de ce genre, et son Conseil de Direction regrettait de ne pouvoir faire œuvre vraiment utile et confraternelle, faute de ressources prévues dans ce but.

2° *Instruction et éducation médicales des fils de médecins.*—Accorder une protection spéciale, une tutelle effective aux fils de confrères qui veulent embrasser notre carrière nous apparaît en quelque sorte comme un devoir. Pourquoi ne mettrions-nous pas à leur disposition, même au prix de quelque argent, des leçons bien pratiques payées à des internes sérieux, fils eux-mêmes de médecins si possible et obligés de faire la preuve que leur enseignement est suivi ? Pourquoi ne recruterions-nous pas exclusivement ou de préférence nos remplaçants, nos assistants, nos stagiaires dans ce groupe dont l'éducation première nous offrirait déjà une garantie de savoir faire, et dont les études, suivies par nous, feraient connaître le savoir? N'est-il pas à prévoir que l'action de ce noyau d'élite serait très favorable à la vulgarisation, parmi les étudiants, des idées de solidarité et de relèvement professionnel qui nous sont chères ?

C'est une voie dans laquelle on pourrait aller très loin avec un peu d'argent.

3° *Trésor de guerre contre les collectivités.*— Combien de médecins s'en sont laissé imposer, dans les campagnes, par telle ou telle minuscule Société de secours mutuels, parce qu'ils avaient besoin, pour soutenir la

résistance la plus légitime, de 200 ou 300 francs par an ! Si les Confrères, dont la concurrence les a forcés déposer les armes, avaient su, par l'envoi de notre indemnité, que nous considérions la lutte en question comme un simple épisode de la lutte pour la grande cause, ils n'auraient vraisemblablement pas consenti à trahir cette cause, en passant à l'ennemi, et auraient préféré avec raison partager l'indemnité que nous aurions offerte.

Le *Sou médical* pourrait ainsi, peu à peu, et à mesure que ses ressourses grandiraient, réparer le mal que nous a causé le *sou des mutuellistes* : les empiètements de celui-ci se feraient de plus en plus rares, et, au bout de la campagne ainsi conduite, nous retrouverions un jour ou l'autre l'émancipation rêvée.

Et ce que nous venons de dire à propos des mutualités s'applique également aux compagnies d'assurances, aux administrations, en un mot à tout ce qui se ligue contre nous derrière le rempart de l'argent.

4° *Poursuite de l'exercice illégal.* — Nos Sociétés ont acquis le droit de se porter partie civile contre les charlatans de toute sorte, mais il coûte cher de traquer avec la ténacité nécessaire tous ces exploiteurs qui s'appuient souvent sur des caisses solides, auxquelles il faudrait frapper. Nous obtiendrions pourtant un résultat sérieux si nous le voulions.

Quel secours notre Société, si, bien comprise, elle recrutait tous les adhérents intéressés, n'apporterait-elle pas aux médecins et aux Sociétés médicales? On est respecté quand on est riche et, pour le coup, nous le serions.

5° *Amélioration de la jurisprudence médicale.*— Bien des points de jurisprudence, qui devraient être tranchés en notre faveur, ne l'ont pas été ; d'autres l'ont été fâcheusement, parce que les causes choisies étaient mauvaises ou douteuses ; d'autres enfin se présenteront, nés de circonstances nouvelles, qu'il faudra bien élucider. Qui sait ce que nous réservent la théorie naissante sur la responsabilité médicale ou chirurgicale, la déclaration des maladies contagieuses, notre rôle comme experts (affaire Méloche)? Nos droits en matières d'honoraires dans les cas de faillite, de divorce, de séparation de biens, ne sont-ils pas encore si vaguement définis, qu'ils peuvent entraîner mille procès ou mille pertes d'argent? Les tribunaux nous ont-ils dit quelle était notre responsabilité dans les services de médecine publique ? Nous ont-ils dit si nous étions ou non fonctionnaires, si notre traitement était saisissable ? etc... Il en coûtera cher aux médecins sur le dos desquels on tranchera ces questions, et nous voudrions les voir appuyés, eux et leurs Syndicats encore naissants, sur l'œuvre de défense mutuelle que nous vous proposons de créer.

Ces divers points du programme assigné à la création proposée suffisent, et au-delà, à en légitimer l'urgente nécessité. *Ils seraient les premiers sans doute à remplir,* mais notre horizon pourrait ne pas s'arrêter là, si nos confrères répondaient à notre appel en très grande majorité. Ne serait il pas possible alors d'aborder le grave péril qu'incessamment va nous causer l'encombrement professionnel ? Nous entrevoyons la possibilité, au prix de grosses difficultés sans doute, mais avec la certitude de résultats précieux, d'atténuer les dangers de l'encombrement *local* appelé à multiplier ceux de l'encombrement *général,* si des habitudes meilleures ne sont pas données aux débutants.

Mais il est inutile d'insister davantage, il vaut mieux examiner maintenant comment nous pourrions assurer le fonctionnement l'œuvre nouvelle.

Contrairement à l'opinion de certains qni veulent chercher en dehors du corps médical les moyens de lutte et de défense, nous avons pensé que c'est avec ses propres et ses seules ressources qu'il devait agir et nous n'avons eu qu'à regarder autour de nous pour trouver des exemples à suivre.

Nous savons les résultats donnés par le sou quotidien que versent les membres d'œuvres devenues très florissantes, pourquoi ne réussirions-nous pas, nous aussi, avec le même moyen ?

Un sou par jour ! Quel médecin le refusera pour la défense professionnelle ? Celui qui compte parmi les heureux doit bien cette obole aux moins fortunés, et celui qui lutte pour l'existence en pourra bénéficier lui-même.

Un sou par jour ! C'est l'œuvre à la portée de tous sans exception : qui donc ne pourrait le verser !

C'est à ce sou quotidien du médecin que nous demandons la puissance qui, actuellement, nous fait défaut et qui nous permettra de conserver l'indépendance que nous considérons comme le premier de nos biens ; c'est sur lui que nous comptons pour réveiller le mouvement médical qui encore une fois a tendance à s'assoupir. C'est à lui enfin que nous empruntons le titre même de notre société : *le Sou médical.*

L'œuvre nouvelle *ne capitaliserait pas* : tout ce qu'elle encaisserait chaque année, elle le dépenserait au fur et à mesure des besoins. Nous avons l'absolue conviction que c'est le meilleur moyen de lui attirer des adhérents, puisque ceux-ci pourraient immédiatement se convaincre qu'ils travaillent pour eux-mêmes et non pas en faveur d'arrière-petits-neveux dont les besoins seront peut-être moindres et à coup sûr autres que les leurs.

L'organisation administrative serait simplifiée dans la mesure du possible : un bureau, des délégués régionaux et une assemblée générale annuelle pour ratifier les travaux de l'année et approuver la gestion financière. On laisserait à des règlements intérieurs le soin de préciser selon les besoins et les circonstances.

Enfin nous pensons que la société devrait rester attachée au *Concours médical* dont elle serait sortie, et qui ne pourrait que lui continuer son aide et sa protection ; — l'expérience a montré que les séparations n'étaient ni toujours heureuses ni toujours avantageuses.

Messieurs et chers confrères,

Vous connaissez maintenant notre projet, son utilité, son but, ses moyens d'action ;— il vous appartient de dire si vous partagez notre conviction. C'est d'un commun accord que nous avons créé toutes nos œuvres antérieures, c'est encore avec vous que nous voulons marcher aujourd'hui.

Si donc votre adhésion est acquise au principe de la création de la société nouvelle, nous vous demandons de nous charger officiellement de la constituer. (*Applaudissements répétés.*)

M. le Dr Vignes. — A la bonne heure ! voilà encore une création à laquelle tout le monde applaudira. Je poserai cependant une question, afin de pouvoir ensuite approuver sans réserve. Supposons que j'aie une poursuite à intenter en revendication d'honoraires, revendication basée, par exemple, sur le Tarif du Dr Jeanne, que nous allons examiner tout à l'heure, la nouvelle caisse me soutiendra-t-elle ?

M. le Dr Jeanne. — Si vous estimez, cher confrère, votre revendication assez fondée pour être prêt à participer vous-même, dans quelque mesure, à la dépense qu'elle entraînera ; si votre Syndicat, ou votre société locale, est dans les mêmes sentiments ; si notre conseil judiciaire appuie votre appréciation, la Caisse vous soutiendra de tout son pouvoir. Ainsi l'ont prévu les auteurs du projet.

M. le Dr Vignes. — Bravo ! J'en suis.

M. le Dr Bérillon. — Oui, Messieurs, cette proposition arrive bien à son heure. La responsabilité civile du médecin devient une épée de Damoclès très menaçante : elle sera mise en jeu au moment où nous y penserons le moins. Je sais un cas tout récent, où elle le fut, à l'instigation d'un confrère malveillant, et

trois mois après le fait qu'invoquaient à tort les plaignants. Il est, à cette heure, quatre ou cinq faits de ce genre qui sont en suspens devant des experts ou des tribunaux. Jugez du péril. En saluant, de tout cœur, l'apparition de l'Œuvre nouvelle du *Concours*, j'appellerai donc votre attention sur l'urgence de faire passer au premier plan, l'une des préoccupations indiquées par M. Gassot, celle des dangers que créera la responsabilité civile (*Applaudissements*).

M. le Dr Gassot. — Je n'ai fait qu'une énumération incomplète ; je n'ai pas classé par ordre d'importance. Nous voulons organiser la défense du médecin dans toutes les circonstances possibles. Si le danger que vous signalez est le plus grave, c'est à lui que nous ferons face d'abord, dans la mesure des ressources mises à notre disposition. Et, je le répète, chaque année nous viserons à dépenser toutes celles-ci ; utilement, cela va sans dire.

M. le Président. — Veuillez retenir ceci, Messieurs, qu'il s'agit encore cette fois d'une œuvre de prévoyance, car, ne participeront à la protection, que ceux qui auront adhéré et versé leur cotisation ; mais ils y participeront jusqu'à épuisement des fonds, parce qu'on ne capitalisera jamais. (*Approbation.*)

M. le Dr Good. — On a parlé de venir en aide à des étudiants, nos futurs concurrents, et je reste perplexe devant cette façon de favoriser l'augmentation du nombre des docteurs. S'il s'agissait exclusivement de nos fils, j'approuverais au contraire de toutes mes forces.

M. le Dr Gassot. — C'est précisément cela : nous ne visons que les fils des adhérents, qui deviendront ainsi les *Pupilles de la Médecine*, et profiteront de notre appui, dans la mesure et sous la forme qui paraîtront utiles.

M. le Dr Vignes. — Il est bien entendu que, financièrement, la Société serait distincte du *Concours* ?

M. le Président. — Absolument. Mais elle pourrait compter sur son appui moral le plus énergique, puisqu'elle serait l'exécutrice des conclusions auxquelles aboutit la Société d'études, après dix-huit ans d'action et qu'elle fera les frais de tout ou partie de son organisation. (*Approbation.*)

M. le Dr Richard. — Ne serait-il pas exagéré de subvenir à des frais de poursuites en recouvrement d'honoraires ?

M. Lordereau, conseil judiciaire. — On ferait ce que l'on pourrait. Seulement, il est à souhaiter, comme le disait M. Gassot, et c'est chose bien urgente, que l'on se préoccupe des cas où il y aurait intérêt à fixer ou à réformer la jurisprudence médicale.

M. le Dr Bérillon. — En cas de catastrophe vraiment imprévue et imméritée, l'Œuvre pourra-t-elle venir en aide, après enquête, s'il le faut ?

M. le Dr Jeanne. — Oui, certes. D'ailleurs, Messieurs, vous confierez la gestion à des hommes que vous connaîtrez. Eh bien, si vous désirez que la protection soit *rapidement organisée, efficace, opportune*, il faudra laisser aux administrateurs choisis, autant d'initiative que de responsabilité. En assemblée générale, ils vous rendront scrupuleusement leurs comptes, et vous les jugerez. C'est dans cet esprit qu'il conviendrait de rédiger les statuts. (*Très bien, très bien.*)

M. le Président. — Devant l'unanimité qui se manifeste, il me paraît inutile de prolonger la discussion. Je vous propose d'adopter la résolution suivante :

L'Assemblée générale émet l'avis qu'il y a lieu de créer une *ligue de protection et de défense professionnelles* dans les conditions qu'a exposées le Conseil de Direction.

Elle charge ce Conseil de mettre à exécution ce projet pour le 1er janvier 1898. (*Adopté à l'unanimité.*)

Plusieurs membres demandent qu'on fasse circuler de suite des listes d'adhésion.

Celles-ci sont immédiatement couvertes de signatures si nombreuses que presque toute l'assistance y est représentée.

Tarif général minimum des honoraires médicaux

M. le Président. — Nous avons consacré le n° 36 du Journal à vous faire connaître le travail de haute importance, accompli par M. le Dr Jeanne, en vue d'établir une *tarification rationnelle de nos honoraires*, qui puisse couper court à bien des discussions, faciliter la tâche des experts et des magistrats, et enlever tout prétexte plausible à des habitudes de concurrence ou de mercantilisme qui tendaient à envahir le corps médical. Le Conseil de Direction a donné son approbation à ce travail ; des lettres fort nombreuses en ont fait l'éloge sans réserve ; quelques-unes ont signalé de petites critiques ou modifications dictées par des circonstances locales, et que M. Jeanne fera passer bientôt sous vos yeux, au journal, en vue de perfectionner l'ensemble. Un seul point (celui qui concerne la répartition des honoraires en cas de collaboration entre médecins, entre chirurgiens, ou entre médecins et chirurgiens) semble susceptible, à cause de circonstances que vous connaissez, de donner lieu à des divergences de vues. Nous n'hésitons pas à le soumettre à votre libre appréciation.

Je donne la parole à M. le Dr Gibert, qui a écrit des observations dont il tient à vous faire part, afin de laisser à ses paroles toute la signification et toute la portée qu'elles doivent avoir, au milieu d'une assemblée exclusivement composée de médecins.

M. le Dr Gibert s'élève alors, de toute son énergie, dans les lignes dont il donne lecture, contre les mœurs auxquelles il a été fait allusion. Il en sait l'origine, il en dit les progrès : il parle du cynisme de ceux qui les pratiquent et en donne les preuves, en quelques exemples d'une incroyable et navrante exactitude, il les flétrit enfin et propose contre elles une guerre sans merci, quelque soit le masque par elles adopté.

Mettant alors ses conclusions d'accord avec celles de M. le Dr Jeanne, il déclare que la solution proposée dans cet accord, constitue le meilleur moyen de faire *la part du feu*, et qu'il faut l'adopter solennellement, par le vote des résolutions suivantes, appelées à figurer définitivement dans le Tarif, aux lieu et place où l'auteur avait exposé, pour les médecins seulement, ses vues sur la question.

La plupart des membres présents prennent part à la discussion et d'une façon très vive, en déclarant qu'elle ne devait pas figurer au procès-verbal. Ils sont également d'avis que le Tarif devant être largement publié, aussitôt après son adoption, il convient d'en retrancher ce qui n'avait été écrit que pour la discussion, et d'y substituer les conclusions présentées par M. le Dr Gibert et le Conseil de Direction, d'accord avec l'auteur.

Elles sont ainsi conçues :

1° Le médecin traitant a le devoir de défendre les intérêts de son client.

2° Dans aucune circonstance le médecin ne doit recevoir des honoraires ignorés du client.

3° Comme conséquence de ces principes, le prix maximum de la consultation ou de l'opération sera toujours indiqué au préalable à la famille.

4° Le résultat de l'intervention une fois connu, un mémoire unique, signé des médecins, et indiquant le quantum des honoraires pour chacun d'eux, sera présenté à la famille. (*Adopté à l'unanimité.*)

M. le Dr Gibert. — Et maintenant, Messieurs, je ne saurais mieux exprimer l'importance que nous attachons au nouveau service rendu par M. le Dr Jeanne, qu'en vous proposant de faire entrer notre confrère dans le Conseil de Direction. (*Adopté à l'unanimité.*)

M. le Dr Jeanne. — Très touché, Messieurs, de la proposition de M. Gibert et de l'accueil que vous y faites, j'adresse à lui et à vous de bien sincères remercîments. Je mettrai toute mon activité à votre service, afin de me rendre digne de figurer à côté de ceux dont votre confiance me fait le collègue. (*Applaudissements.*)

Approbation des Comptes du Trésorier.

M. le Président. — La parole est à M. le Dr Maurat, trésorier, pour l'exposé des comptes qui fut publié au numéro 44 du journal, et le projet de budget de l'année 1897-1898.

M. le Dr Maurat. — Messieurs, les tableaux suivants vous rendront compte de ma gestion et de la situation des deux caisses au 1er octobre 1897 :

1° Société civile du Concours Médical.

CAPITAL INALIÉNABLE

RECETTES

Au 1er octobre 1896, l'avoir inaliénable de notre Société se décomposait ainsi :	
Portefeuille	37.785 12
Espèces	55 83
TOTAL	37.840 95
Depuis cette époque 85 adhésions nouvelles à notre Société ont produit une somme de	838 00
versés à notre caisse par M. le Dr Cézilly *et représentant* la *première année* d'abonnement au journal *Le Concours Médical.*	
TOTAL	38.678 95
dont : espèces 893 83.	

DÉPENSES

Sur cette somme il a été acheté deux ob. Ville de Paris 1894-96, nos 135.173 et 135.174, au prix de	798 00
Notre capital inaliénable au 1er octobre 1897 est donc de :	
Portefeuille	38.583 12
Espèces	95 83
TOTAL	38.678 95

CAPITAL DISPONIBLE

RECETTES

Au 1er oct. 1896, l'avoir disponible était de	362 33
Depuis cette époque, notre portefeuille a produit en intérêts	1.080 28
Il a été reçu dans le cours de l'annee, en dons divers publiés au journal une somme de	138 95
Les droits perçus sur les remplacements se sont élevés à la somme de	254 85
Don du Dr Cézilly en 1896	500 00
TOTAL	2.336 41

DÉPENSES

Frais supplémentaires du banquet	759 75
Frais de réunion et déplacements	512 50
A reporter	1.272 25
Report	1.272 25
Payé à l'enregistrement pour droits sur les intérêts	9 06
Indemnité au secrétaire (4 trimestres)	50 00
Allocation votée en faveur des enfants de M. le Dr Lafitte (3e versement)	200 00
Impressions diverses	56 50
Droits de garde, timbre et divers	23 05
Payé au Comité Th. Roussel pour participation de la Société civile à la souscription	50 00
Cotisation à la Ligue de la Mutualité	10 00
Frais divers	2 20
TOTAL	1.673 16
Balance en faveur de l'actif	663 25
Ce qui porte l'avoir total de notre Société au 1er octobre 1897 à :	
Capital inaliénable	38.678 95
Capital disponible	663 25
TOTAL	39.342 20

2° Caisse de Prévoyance des assurés sur la vie.

Au 1er octobre 1896 :	
Portefeuille	10.646 80
Espèces	342 62
Créance sur un membre participant	300 00
TOTAL	11.289 42

RECETTES

Intérêts de l'année courante	301 99

DÉPENSES

Achat d'une obligation communale 1891, n° 999.460	405 00
Achat 1/4 obligation Ville de Paris 1894-96, n° 442.056	101 00
Droits de garde et de timbre	7 70
TOTAL	513 70

L'avoir de la Caisse de Prévoyance des assurés sur la vie se décompose donc de la façon suivante au 1er octobre 1897 :	
Portefeuille	11.152 80
Espèces	30 91
Créance sur un membre participant	300 00
TOTAL	11.583 71

M. le Président. — Quelqu'un de vous, Messieurs, a-t-il des observations à présenter au sujet des comptes ? (*Silence*).

Nous vous en demandons par conséquent l'approbation. (*Approuvé.*)

M. le Dr Maurat. — Je propose maintenant l'établissement du prochain budget sur les bases suivantes :

Projet de Budget pour 1897-1898.

RECETTES.

Avoir disponible	663 25
Revenu du portefeuille (environ)	1.091 75
Droits sur les remplacements	225 00
Dons probables	120 00
TOTAL	2.100 00

M. le Dr Maurat. — Notre cher Directeur, M. Cézilly, m'interrompt pour me prier d'ajouter au chapitre des recettes, un don de 500 fr. pour l'année 1897. Je profiterai de cette agréable interruption pour renouveler, en votre nom, nos remerciements à M. le Dr Cézilly. (*Applaudissements.*)

Et je constate que les recettes seront alors de 2.600 francs.

DÉPENSES.

Frais supplémentaires du banquet	800 fr.
Frais de réunion et déplacements	500 fr.
4e annuité en faveur des enfants du Dr Lafitte	200 fr.
Total	1500 fr.

Il reste donc, Messieurs, une somme de 1100 fr. sur laquelle vous pouvez prendre pour les affectations à proposer en séance.

Êtes-vous d'avis de consacrer 500 fr. à l'organisation du Sou Médical ? (*Oui, oui. Adopté à l'unanimité.*)

M. le Président. — Permettez-moi, chers confrères, de faire un don personnel de 200 fr. à cette nouvelle œuvre que vous venez d'accueillir avec tant d'enthousiasme. (*Applaudissements.*)

M. le Dr Maurat. — Sur la proposition de M. le Dr Coquerelle (de Beauvais), que nous avons l'honneur de vous transmettre, pouvez-vous participer à la souscription ouverte en vue d'élever un buste à Guy Patin, un de nos illustres Doyens d'autrefois, dans la commune de Hodenc-en-Bray ?

Un membre. — On peut voter 20 fr. (*Adopté.*)

M. le Dr Monnet. — Il me paraît désirable que la Société du « Conconrs médical » participe, comme groupe, à la souscription Laporte, afin de prouver, une fois de plus, son esprit de solidarité. (*Oui. Oui.*)

M. le Président. — Une souscription de 50 fr. vous paraît-elle suffisante ? (*Oui.*) (*Adopté.*)

M. le Dr Maurat. — Les dépenses atteindront donc le chiffre total de 2.070 fr. Les fonds non affectés, restent à la disposition du Conseil. Quant au nouveau don de 200 fr. de M. le Dr Cézilly, il sera versé directement à la caisse du Sou Médical. (*Très bien.*)

L'Ordre des médecins.

M. le Président. — Quant cette grave question vint, l'année dernière, reprendre une certaine place dans nos préoccupations, après la publication du discours de M. le Dr Lassalle, nous ouvrîmes les colonnes du journal à toutes les communications qui nous seraient adressées à ce sujet. De plus, il nous parut bon, afin de bien fixer les idées, de reproduire les projets qui avaient déjà vu le jour, car nous savions qu'une discussion ne devait être fructueuse que si elle portait sur des textes. Les communications reçues et publiées ont été presque toutes défavorables. On nous en a fait un reproche. Ce n'était pourtant pas notre faute, nous ne pouvions pas inventer des plaidoyers pour l'Ordre, parce qu'ils ne venaient pas. (*Assentiment général.*)

Nous étions en droit de compter aujourd'hui sur la présence de M. le Dr Lassalle, mais l'heure s'avance, et il nous faut ouvrir la discussion sans lui.

M. le Dr Archambaud. — Je demanderais volontiers l'ajournement de la discussion, car nous allons nous livrer à des échanges de vues bien spéculatives et dont je ne vois pas l'utilité pratique. Mettons plutôt notre activité à l'organisation de créations vraiment sérieuses comme celle que vous venez de voter.

M. le Dr Vignes. — Mon opinion est tellement arrêtée sur ce que nous promet l'Ordre des médecins que je n'hésite pas à demander la question préalable.

M. le Président. — Nous ne pouvons, cher confrère, vous suivre dans cette voie. Nous sommes une Société d'études : tout ce qui ressemble à du parti-pris doit être banni de nos délibérations.

M. le Dr Pluyaud. — Il y a, en effet, beaucoup à dire en faveur des services que l'on peut se croire en droit d'attendre d'une sorte de congrégation de confrères appelée à juger nos actes, avec une compétence spéciale que nous ne trouverons pas ailleurs.

Il ne me déplairait pas de voir nos pairs nous adresser un blâme quand nous le méritons, nous remettre ainsi, sans esclandre, dans le droit chemin, et obliger, au besoin, les récidivistes de l'incorrection à quitter leur clientèles. (*Protestations.*) Pourquoi ne ferait-on pas chez nous ce qui se fait chez les notaires, les huissiers, les avocats ? (*C'est impossible*). Et, s'il vous paraît dangereux d'aller jusqu'aux sanctions effectives, jusqu'aux pénalités, je ne vois qu'avantage à chercher dans l'Ordre des médecins un guide paternel qui donnerait au moins des avertissements et des blâmes.

M. le Dr de Fourmestreaux. — J'ai partagé d'abord le sentiment de notre confrère, et il m'a même entendu, au Syndicat de Versailles, soutenir l'idée théorique de création de Chambres médicales, analogues à celles des autres professions libérales. Mais j'avoue que je devins très perplexe quand je me trouvai en présence des difficultés d'application, au médecin, de pénalités analogues à celles qu'infligent les autres chambres.

M. le Dr Vignes. — Je maintiens que l'application est impossible.

M. le Dr de Grissac. — Messieurs, je suis aussi un désillusionné, comme M. de Fourmestreaux, et comme beaucoup de médecins. J'ai cru à la possibilité d'une moralisation professionnelle, par l'Ordre ou par les Chambres médicales : je me suis enthousiasmé jadis pour cet idéal, mais j'ai perdu la foi. Et savez-vous qui me l'a enlevée ? Tout simplement les affaires médicales récentes. Aux yeux des moins clairvoyants, elles ont mis en évidence ce fait, que les médecins ont plus à craindre de leurs confrères que de telle ou telle corporation plus ou moins hostile. Ils ont bien assez d'occasions de s'entre-dévorer, sans les y obliger en les rendant justiciables les uns des autres, *d'une façon obligatoire*. (Bravo). J'en tiens pourtant beaucoup pour ce jugement par mes pairs ; mais je dis qu'il doit être réclamé spontanément, ou facilement accepté, par les intéressés, si l'on veut qu'il soit utile et juste. Or, c'est là le grand avantage que nous obtenons dans les Syndicats de Seine-et-Oise dont je fais partie, par la soumission des conflits à l'arbitrage de délégués. Ils sont considérables ces avantages, ils augmentent chaque jour dans une mesure telle qu'ils se généraliseront avant peu, je l'affirme. Et c'est là qu'est l'embryon d'un Ordre des médecins avantageux, car il sera nôtre, il sera ce que nous l'aurons fait, en gens libres et dignes de leur liberté, sans ingérence possible des pouvoirs publics ou de la magistrature incompétente. (*Longs applaudissements.*)

M. le Président. — Il me semble, chers confrères, que votre opinion est faite, au moins sur la situation actuelle de cette question si grave. Voulez-vous la préciser par le vote d'un ordre du jour qui vient de m'être remis, et dont voici le texte :

Les membres du *Concours médical* réunis en assemblée générale estiment qu'il ne peut être émis de vote au sujet de la création d'un ordre des médecins, tant qu'un projet n'aura pas été présenté qui donne satisfaction à la majorité des aspirations du Corps médical. (*Adopté.*)

Caisse des victimes du Devoir médical.

M. le Président. — Nous avons prié M. le Dr Giberton-Dubreuil, trésorier de la Caisse des victimes du Devoir médical, de vous entretenir de la situation de cette œuvre si digne d'intérêt, et qui, dans le cours de cette année, a eu plusieurs fois l'occasion de prouver son utilité. La parole est à M. le Trésorier de cette Caisse.

M. le Dr Giberton. — Voici, Messieurs, la situation financière de la Société de Protection des victimes du devoir médical au 9 décembre 1897.

Caisse au 1er janvier 1897 (date de mon entrée en fonction comme trésorier de la Société)........................Espèces.	475 75
Rente 3 % amort. au porteur..............................	285 »
Recettes.	
Souscriptions diverses..	671 »
Rentes..	285 »
Total..	956 »
Espèces en caisse au 1er janvier............................	475 75
Total général..	1.431 75
Dépenses.	
Frais généraux..	39 55
Secours attribués...	600 »
Total..	639 55
Balance.	
Recettes..	1.431 75
Dépenses..	639 55
Reste en caisse..	792 20

Cette somme de 792 fr. 20 constitue, avec 285 fr. de titres de rente 3 % amort. au porteur, l'avoir actuel de la Société.

Personnes secourues en 1897 :	
La sœur du Dr P..	200 »
La famille du Dr B..	300 »
Madame veuve M..	100 »
Total..	600 »

La Société de Protection des victimes du devoir médical fondée à la fin de 1887, c'est-à-dire il y a dix ans, a secouru depuis cette époque sept personnes auxquelles elle a donné 4505 fr. Ce sont :

Madame M..., qui a reçu..	1.525 »
Madame R..., —	500 »
Madame P..., et la sœur du Dr P..., qui ont reçu..............	1.200 »
Madame C..., qui a reçu..	500 »
Madame R..., —	300 »
La famille du Dr B..., qui a reçu..............................	300 »
Une infirmière de la Salpêtrière................................	180 »
Total..	4.505 »

Les victimes, ou mieux les parents de victimes, de situation précaire, sont plutôt assez rares. Cette constatation n'est pas pour nous déplaire, mais il ne faudrait pas en conclure que nous sommes satisfaits de notre situation financière. Notre caisse est véritablement trop pauvre, car enfin, pour ainsi dire, sans victimes, nous avons trouvé le moyen de dépenser plus du double de nos revenus, presque la moitié de nos recettes totales. Que nous nous trouvions en présence d'une mauvaise année, d'une fâcheuse série, notre petit capital y passera ! Je veux bien que nous ne soyons pas faits pour thésauriser, mais autant qu'une Société comme la nôtre n'a pas un capital qui lui permette de faire face annuellement à ses dépenses moyennes, elle a le devoir d'économiser, de s'enrichir, sous peine de disparaître. Ne nous oubliez donc pas, chers confrères, et faites-nous connaître à ceux de vos bons clients qui ont fortune et reconnaissance. Ce sont ceux-là qu'il faut solliciter ! A bon entendeur, salut ! (*Applaudissements.*)

Conseil médical.

M. le Président. — Les dures leçons de l'actualité ne peuvent pas être perdues. N'êtes-vous pas d'avis, chers confrères, que le médecin en détresse devrait savoir toujours à quelle porte il a le droit de frapper en réclamant l'aide indispensable ? Et si ce simple appel avait chance d'être entendu, de suite, dans toutes les Sociétés médicales, de façon à provoquer sans hésitation la poussée immédiate d'une solidarité générale, n'en pourrait-il pas résulter de très heureuses conséquences ? Dans ce sentiment, il nous a paru qu'il serait très utile de constituer, sous le nom sans prétention de *Conseil médical*, un rouage de défense toujours prêt à entrer en action. Il pourrait être formé de deux délégués de chacune des grandes Sociétés d'intérêt professionnel que j'énumère par ordre d'ancienneté : Association des médecins de la Seine, Association générale des médecins de France, Concours médical, Union des Syndicats médicaux, Association de la presse médicale, Conseil général des Sociétés d'arrondissement. Ces délégués, qui devraient être non les *présidents* des Sociétés, trop occupés, mais de simples membres, choisiraient dans leurs rangs trois ou quatre Syndics, formant commission permanente, et chargés de toutes les mesures d'initiative et des convocations. (*Très bien.*)

Si vous approuvez ce projet, chers confrères, nous vous demandons d'en témoigner par le choix de votre délégation. Il est parmi vous quelqu'un que nous avons vu à l'œuvre dans certaines circonstances, et qui nous paraît avoir toutes les aptitudes nécessaires à ce rôle. Je le désigne pour fixer vos hésitations, mais beaucoup le connaissent comme moi, c'est M. le Dr de Fourmestreaux. Je vous demande de le nommer par acclamation, en lui laissant le choix de son co-délégué. (*Applaudissements.*)

Malgré ses protestations, M. de Fourmestreaux est désigné par acclamation et finalement accepte la délégation.

Comité d'arbitrage.

M. le Président. — Il arrive assez souvent, chers confrères, que des membres de notre Société réclament avis ou intervention, dans le but de trancher pacifiquement des différends. Tantôt il s'agit d'un malentendu en matière de cession de clientèle, tantôt c'est la solution d'une controverse déontologique qu'ils

sollicitent, tantôt, enfin, la menace de conflit porte sur un sujet tout à fait dû à des circonstances locales. Ce que font, sur ce point, les Syndicats, là où ils existent, il serait bon que nous soyons en mesure de le faire, en tout temps, quand on nous le demande, et quand le rôle d'arbitre ne peut facilement être confié à d'autres sociétés.

Nous vous proposons donc de choisir parmi vous, afin de les grouper en un seul comité permanent, quelques médecins que nous savons bien préparés à cette mission, et qui se perfectionneraient encore dans leurs aptitudes, à mesure que se généralisera l'emploi de cette juridiction, dont M. de Grissac signalait si bien l'utilité tout à l'heure.

Approuvez-vous cette idée, chers confrères ? (*Oui ; certainement*).

Le Conseil de Direction s'empressera donc de réaliser ce projet le plus tôt possible. Nous solliciterons de l'Assemblée générale prochaine la ratification de nos choix.

Il est probable que ce Comité ne tarderait pas à nous fournir une sorte de petit code très utile à connaître, sur les causes ordinaires de nos malentendus confraternels, des modèles de contrats pour cession de clientèle ; etc. etc.... (*Approuvé.*)

Propositions diverses.

M. le Président. — Nous avons reçu un certain nombre de propositions.

M. le Dr Legrain demande que le Concours Médical reste un adhérent permanent de la *Ligue contre l'alcoolisme*, moyennant la cotisation d'un franc par an. (*Adopté.*)

M. le Dr Hervé se plaint de l'insuffisance de la mesure de protection que constitue la circulaire Rambaud au sujet des médecins étrangers. Malgré le peu d'espoir que nous ont laissé nos renseignements sur l'utilité de démarches nouvelles, nous eussions volontiers donné la parole à M. le Dr Hervé. Mais il n'est pas présent, et nous ne pouvons que lui faire parvenir le procès-verbal de la discussion qui s'est ouverte, à ce sujet, dans la séance de l'Association amicale, et qui s'est terminée par le renvoi à une commission dont le rapport sera discuté l'année prochaine.

Je donne la parole à M le Dr Good pour une très intéressante communication relative à la loi sur les accidents du travail.

M. le Dr Good. — L'article IV de la loi sur les accidents du travail récemment votée par la Chambre porte ceci :

« Le chef d'entreprise supporte en outre les frais médicaux et pharmaceutiques et les frais funéraires : ces derniers sont d'une somme de 100 fr. au maximum.

Quant aux frais médicaux et pharmaceutiques, si la victime a fait choix elle-même de son médecin, le chef d'entreprise ne peut être tenu que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton, conformément *aux tarifs adoptés dans chaque département pour l'assistance médicale gratuite.* »

Ainsi, après nous avoir imposé un tarif dérisoire sous prétexte qu'il s'agissait de nous associer à un acte de bienfaisance, on va prendre ce tarif pour base des honoraires dans l'assurance obligatoire qu'on jette comme un gâteau de miel dans la gueule du Cerbère socialiste, sans grand succès du reste.

Et s'il s'agit d'un ouvrier aisé et d'un patron richissime, il faudra appliquer le tarif des indigents. Il est certain, en effet, que le patron ayant payé, l'ouvrier ne paiera plus rien.

Et dans les départements où le médecin est payé à l'abonnement, lui en imposera-t-on un autre pour les assurances d'Etat ?

Je me demande, Messieurs, comment nos confrères de la Chambre ont pu laisser créer ainsi une nouvelle catégorie d'indigents, justiciables d'une réduction d'honoraires de 50 %, quand ils savent que les patrons, ou la caisse qui se substituera à ceux-ci, pour le payement du médecin, n'ont aucun droit, aucun titre, à réclamer cette aumône de gens moins riches qu'eux.

S'il y a eu, dans ce vote, pure négligence de ces députés-médecins, nous devons les mettre en demeure de la réparer par une intervention, faite en temps utile, près du Sénat, avant que celui-ci ne sanctionne cette nouvelle iniquité. (*Applaudissements*).

J'ajoute que si nous n'obtenions pas satisfaction, il y aurait lieu de nous en souvenir quand la campagne s'ouvrira pour les élections législatives prochaines. (*Très bien*).

M. le Président. — Suivant le désir très légitime de tous ceux qui viennent d'applaudir M. le Dr Good, nous allons nous efforcer de faire parvenir cette juste réclamation au Sénat, avant qu'il soit appelé à se prononcer sur ce malencontreux texte.(*Applaudissements*).

Messieurs, je lève la séance, afin que nous puissions aller au devant de nos invités : mais je ne le ferai pas sans avoir constaté l'importance toute spéciale des résolutions que nous avons prises d'un commun accord, aujourd'hui. Cette réunion sera particulièrement féconde en résultats heureux (*Applaudissements.*)

Après la réunion.

La coïncidence de l'affaire Laporte avec la publication des rapports statutaires et des comptes rendus de nos Assemblées générales, nous oblige à mesurer scrupuleusement l'emploi de nos colonnes : les documents à mettre sous les yeux du lecteur abondent : ils perdraient tout intérêt à être réservés.

C'est pourquoi, à notre grand regret, nous nous bornerons, pour cette année, à un aperçu de ce que fut notre banquet. Assistance très nombreuse, gaieté et entrain, encore augmentés par un menu exquis, et un service parfait, sentiment très vif d'intime solidarité, satisfaction causée par une séance bien remplie telle était la note générale.

Au champagne, M. le Dr Cézilly a bu, sous une forme très originale, et très goûtée, a l'indulgence réciproque des robes de la femme, du prêtre, du médecin et du magistrat, les unes à l'égard des autres, adressant ce langage aux Cours d'Appel, au Dr Laporte, et à tous les membres du Concours, qu'il n'oublie jamais.

Me Henri Robert, non moins bien inspiré, a dit que sa robe d'avocat lui avait permis de constater ce que vaut le médecin, et ce qu'il est capable de faire par la voie de la solidarité. Il a bu, en terminant, et au milieu des applaudissements, aux espérances que nous inspire le réveil de celle-ci, et au succès toujours croissant des campagnes que notre Société fait sous ce drapeau.

M. le Dr Gassot, à son tour, nous a montré, en paroles touchantes, le médecin continuant son rôle de bienfaisance sociale, dédaigneux des calomnies et des dangers que la sotte malveillance sème sous ses pas. Mais il s'est plu à constater que ce dédain n'allait pas jusqu'à l'abdication de nos droits, et que nous entendions défendre ceux-ci, plus énergiquement que jamais, et sur tous les terrains, par la participation à l'Œuvre nouvelle du Concours, le *Sou médical*.

« Et c'est, dit-il, ce sentiment de la défense nécessaire, qui nous fait applaudir aux efforts de tous les « avocats du Dr Laporte, qu'ils se nomment Me Robert, ou MM. Pinard, Lepage, etc.

« Messieurs, je lève mon verre en leur honneur ». (*Applaudissements répétés.*)

Puis M. le Dr Pedebidou, député des Hautes-Pyrénées, et membre du Concours, a exprimé avec éloquence le plaisir qu'il éprouvait à venir prendre part, d'une façon constante, à nos préoccupations au sujet de l'avenir du Corps médical. « Si les vicissitudes du suffrage universel me font bientôt rentrer « dans le rang, a-t-il ajouté, je garderai toujours le souvenir de mes relations avec notre Directeur, M. le « Dr Cézilly, le médecin qui a le plus fait pour le bien du Corps médical, dans cette seconde moitié du « siècle. » (*Tonnerre d'applaudissements.*)

M. le Dr Lepage s'est levé ensuite, pour remercier M. Gassot, et lui promettre qu'il transmettrait ses paroles au professeur Pinard. En quelques mots, dont sa compétence caractérise la valeur, il a qualifié et l'incarcération et la condamnation du confrère Laporte. Puis, se retournant vers le Directeur, il lui a rappelé le temps où, en 1881, à Chantilly, il écoutait de sa bouche le programme de ce que l'on ferait par la solidarité professionnelle ; et il a bu à la santé de M. le Dr Cézilly, à qui nous devons, aux heures pénibles, cette fidèle consolatrice, la solidarité active, tutélaire, qui tient lieu de la réhabilitation, et ne se fait pas si longtemps attendre.

Enfin, au milieu des applaudissements qui ont failli couvrir les dernières paroles de l'aimable accoucheur des hôpitaux, M. le Dr Archambaud a trouvé le moyen de féliciter, en termes entraînants, cette Mère Gigogne qu'est le Concours, de la belle constitution de son dernier-né, le *Sou médical*.

Et l'enthousiasme qui s'était manifesté à la séance, au sujet de cette création, s'est retrouvé pour accueillir ce toast vibrant qui a clos le banquet à une heure avancée.

Comme d'usage, les conversations se sont prolongées très tard dans les salons où s'entassait une assistance si nombreuse, et il semble bien que l'on se soit encore séparé avec le regret de se quitter si tôt. On remue tant d'idées dans ces agapes fraternelles !

Parmi les assistants aux assemblées et les convives du banquet, nous avons pu noter :

MM. Huguenin (Paris), de Grissac (Argenteuil), Pannetier (Triel), Mignon (Les Mureaux), Topart (Pont-de-l'Arche), Pic (Lyon), Dunogier (Paris), de Fourmestreaux (Versailles), Vignes (Corbeil), Bonnarme (Pons), Toussaint (Argenteuil), Leviste (Dreux), Bouvier (Grand-Fresnoy), Gilles (Garches), Bellencontre (Paris), Carlet (Paris), Diacre (Villeneuve-Saint-Georges), de Châteaubourg (Paris), Richard-Lesay (Lille), Archambaud (Paris), Fraenkel (Paris), Barbat (Charlieu), Hervouet (Paris), Perret (Romans), Rigabert (Marly-le-Roi), Giberton (Jouy-en-Josas), Coquerelle (Beauvais), Cabasse (Vaucouleurs), Boutelant (Médéah), Faraggi (Montesson), Pluyaud (Houilles), Petitjean (Jouarre), Delarue (Montcerf), Vialle (Beuzetville), Lacroix (Paris), Rigaud (Cauterets), Chopinet (Crépy-en-Valois), Sutils (Chapelle-la-Reine), Penot (Malesherbes), Beuve (Dammartin), Caire (Nanterre), Pinaud (Paris), Veillard (Meung-sur-Loire), Dubourcau (Cauterets), Carcopino (Verneuil), Tabard (Vareddes), Mathon (Forges-les-Eaux), Bocquet (Paris), Courgey (Ivry), Wurtz (Compiègne), Rousseau (Conflans-Sainte-Honorine), Lemaire (Compiègne), Baronnet (Mantes), Courtade (Outarville), Chevalier (Compiègne), Pontet (Rives), Monnet (Paris), Lambry (Courtenay), Leroy (Noyon), Arnaud (Paris), Katz (Pontoise), Barrabé (Bagnoles), Grellety (Paris), Ribard (Meudon), Le Menant des Chesnais (Ville-d'Avray), Roustan (Creil), Legendre (Paris), Gassot fils (Paris), Ribard (Paris), Cesbron (Marines), Augé (Pithiviers), Margery (Sannois), Desnos (Paris), Jaoul (Sucy-en-Brie), Lafaye (Boissy-Saint-Léger), Bérillon (Paris), Good (Enghien), Raffegeau (Vésinet), Comar (Paris), Lepage (Paris), Sollier (Boulogne-sur-Seine), Baraduc (Paris), Marais fils (Honfleur), Cancalon (Charenton), Lorin (Paris), Léon Marie, Serpaggi (Pierrefitte), Villeprand (Paris), Bazot (Joigny), Legrain (Paris). MM. Chanlaire père et fils, Lordereau (conseils de la Société), M. Paul Daix, imprimeur du journal et plusieurs invités de la Société ou du Directeur......

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

BULLETIN D'ADHÉSION

A L'ŒUVRE DU SOU MÉDICAL

LIGUE DE PROTECTION ET DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

Je soussigné (nom, prénoms, qualités) ____________________

____________________ *Médecin à* ____________________

Arrondissement d ____________________ *Département de* ____________________

déclare souscrire à l'Œuvre du **Sou Médical**, *et tenir ma cotisation à la disposition du Trésorier ou de son Mandataire.*

A ____________, *le* ____________________

(Signature)

Affranchir ce bulletin et l'adresser au Bureau du **Sou Médical, 23, rue de Dunkerque, Paris.**

Clermont (Oise.) — Imprimerie DAIX frères, 3, place Saint-André.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

CLOTURE DE LA SOUSCRIPTION LAPORTE

Nous avons reçu la lettre suivante du Dr Laporte :

Paris, le 25 novembre 1897.

Monsieur le Directeur,

Je viens vous remercier du grand service, que vous m'avez rendu, en ouvrant une souscription en ma faveur dans votre honorable journal, mais en même temps je viens vous prier de la clore aujourd'hui. Les sommes que vous avez recueillies, celles qui me sont venues par d'autres journaux, parent suffisamment aux besoins les plus immédiats de ma cruelle situation. Aussi ne veux-je pas laisser s'exercer davantage l'amicale confraternité dont j'ai recueilli tant de preuves.

Je vous prie de vouloir bien transmettre mes remerciements les plus sincères à tous les souscripteurs et de recevoir vous-même le témoignage de ma reconnaissance.

Votre dévoué,

Dr Laporte.

129, avenue Wagram.

En conséquence la souscription se trouve close par la publication de notre 4e liste, puisque nous n'avons qu'à nous conformer au désir exprimé par notre honorable confrère. Nous lui avons remis en mains propres : 1° le produit de la souscription ; 2° toutes les lettres, sans aucune exception des souscripteurs ; lettres qui, nous n'en doutons pas, lui seront particulièrement précieuses et lui donneront la certitude, par l'unanimité des sentiments qu'elles expriment, qu'innocenté par ses confrères, il le sera bientôt par les juges d'appel.

Nous ajoutons que le *Sou médical*, auquel il vient de s'affilier, est en toutes occasions bien à sa disposition, comme, d'ailleurs, le *Concours médical* et le journal.

A. C.

Souscription Laporte, 4e liste : MM. les docteurs Beraud, Lorgues, 5 fr. ; Colombet, Miramont, 5 fr. ; Association des médecins de Vitry-le-François, 25 fr. ; Chopard, Couëron, 2 fr. ; Mugnier, Paris, 5 fr.; Ducrocq, Fieffes, 1 fr. ; Julien, Fontaine-Française 1 fr. ; Dampeirou, Ismailia, 5 fr. ; Gayme, Grenoble, 2 fr. ; Collot, Le Pallet, 5 fr. ; Cambus, Bohain, 2 fr. Joany, Cubjac, 2 fr. ; Moreau, Malakoff, 2 fr. ; Jean, Maubeuge, 2 fr. ; Ducroux, Gueugnon. 1 fr. ; Grellière, Neauphle-le-Château, 5 fr. ; Boutard, Pacy-sur-Eure, 5 fr. ; Petitfils, Vierzon, 5 fr. ; Pireyre, Saint-Amand-Lallende, 1 fr. ; Gaillard, Parthenay, 5 fr. ; Goudoumeche. Ussel, 1 fr. ; Courtade, Outarville, 5 fr.; Bastié, Graulhet, 3 fr. ; Guihal, Chapelle-Basse-Mer 5 fr. ; Molinié, Bretenoux, 2 fr.; Vico, Etrepagny, 2 fr. ; Monglond, Malpouge, 3 fr. ; Licke, Maisons-Laffite, 2 fr. ; Rivière, Ferté-Milon, 1 fr. ; Braumann, Chateaurenard, 3 fr. ; Viel, Pont-l'abbé-Picauville, 2 fr. ; Dumarest. Voiron. 2 fr. ; Hervier, Vierzon, 2 fr. Girard, Avesnes-sur-Helpe, 3 fr. ; Société de médecine de Nîmes, 50 fr. ; Devoir, Villeneuve-sur-Yonne, 5 fr. ; Canard, Pont-de-Veyle, 3 fr. ; Colin, Quimper, 2 fr. ; Pan, Sainte-Croix, 2 fr. ; Chaubet, Pezilla-la-Rivière, 1 fr. ; Kaminer, Garenne, Colombes, 3 fr.; Guestre, Nonancourt, 2 fr. ; Custaud, Collo, 2 fr.; 50 ; Dheilly, Candas, 1 fr. ; Ravailler. Saint Amand-de-Vendôme, 5 fr. ; Chevillot, Pont-l'Evêque 3 fr. ; des Chesnais, Ville-d'Avray, 5 fr. ; Filliette, Boulogne-sur-Mer, 5 fr. ; Bernot, Rigny-le-Ferron, 2 fr. ; Millet, Caderousse, 2 fr. ; Peschaud, Murat 5 fr. ; Vincent, Villeneuve-d'Ingré, 5 fr. ; Jacob, Montsurs. 2 fr. ; Boquin, Autun, 5 fr. ; Peringucy, Bordeaux, 5 fr. ; Pluyaud, Houilles, 3 fr. ; Chanu, Meudon, 5 fr. ; Voinot, Vroncourt, 1 fr. ; Duhourcau, Cauterets, 1 fr. ; Société civile du Concours médical, 50 fr. ; David, Claye-Souilly, 2 fr. ; Guignard, Guitres, 2 fr. ; Bonnemaison, Septeuil, 2 fr. ; Nais, Sermaize, 2 fr.; Bougue, Escource, 3 fr. ; Fantou, Marseille, 5 fr.; Marguezy, Neufchâtel-en-Bray, 2 fr. ; Médail. Bessé-sur-Braye, 2 fr. ; Chapuis, Vienne, 5 fr.; Marchais, Carhaix, 2 fr.; Darin, Chaville, 2 fr.

ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS FRANÇAIS

Assemblée générale du 14 Novembre 1897

La séance est ouverte à deux heures, sous la présidence de M. le docteur Cézilly, président.

Prennent place à ses côtés : MM. Maurat, vice-président ; Jeanne, secrétaire-général ; Gassot, trésorier et Archambaud, secrétaire des séances.

Présents à la réunion :

MM. Gibert (le Havre), Pic (Lyon), Hervouet (Paris), Gille (Garches), Huguenin (Paris), de Grissac (Argenteuil), Toussaint (id.), Rol (Bois-Colombes), Perret (Romans), Groussin (Bellevue), Mignon (Les Mureaux), Pannetier (Triel), Le Menant des Chesnays (Ville d'Avray), Plateau (Paris), Surbled (Corbeil), Augé (Pithiviers), Courtade (Outarville), Bazot (Joigny), Topart (Pont-de l'Arche), Lambry (Courtenay), Billon (Paris), Good (Enghien), Fraenkel (Paris), Barbat (Charlieu), Dunogier (Paris), De Fourmestreaux, (Versailles), Laviste (Dreux), Vignes (Corbeil), Bonnarme (Pons), Bouvier (Grand-Fresnoy), Bellencontre (Paris), Diacre (Villeneuve-Saint-Georges), etc., etc.

Allocution du Président et proposition.

Le président ouvre la séance par l'allocution suivante :

Chers Confrères,

Depuis sa fondation, il y a quatre ans, l'Association amicale ne procure que des satisfactions à ses fondateurs. Les membres du Bureau ont rivalisé de zèle pour apporter à son fonctionnement les améliorations qui leur ont été suggérées. Nous devons payer un légitime tribut de remerciements aux correspondants de l'Association ; ce qu'ils ont fait nous est un gage assuré de l'accroissement de leur zèle dans l'avenir, pour une œuvre qui répand des bienfaits journaliers et atténue les douleurs de la maladie, ainsi que les préoccupations du chef de famille.

J'avais l'intention, Messieurs, de prier M. le Dr Bard, professeur de la Faculté de Lyon, de vouloir bien présider cette séance. Il est empêché ; mais, heureusement, il nous a délégué son bras droit, M. le Dr Pic, médecin des hôpitaux. En votre nom, je le prie de prendre ma place ; mais, auparavant, je désirerais faire une motion. M. Bard et M. Pic ont procuré à notre œuvre un si grand nombre d'adhésions dans le groupe Lyonnais, qu'il me semble qu'à titre d'hommage, nous pourrions décerner à M. le Dr Bard la vice-présidence d'honneur de notre œuvre. (*Applaudissements.*)

M. le Dr Bard est nommé, à l'unanimité, vice-président d'honneur de l'Association.

M. le Dr Pic s'assied au fauteuil de la présidence et, après avoir remercié M. Cézilly et l'assemblée de l'honneur qui lui est fait, il donne la parole à M. le docteur Jeanne pour la lecture de son rapport.

Rapport de M. le Dr Jeanne, secrétaire général.

Messieurs et chers confrères,

L'Association amicale pour l'indemnité maladie touche à la fin de sa quatrième année.

L'examen des résultats acquis semble bien prouver que les données et prévisions, sur lesquelles nous avons édifié ses statuts, étaient rigoureusement justes. Cette constatation, qui ressort des chiffres inscrits au rapport de notre incomparable trésorier, devient de plus en plus significative, à mesure que la société grandit, soumise à l'expérience du temps. Il importe de la renouveler parce qu'elle entraîne l'obligation de ne changer que le moins possible nos règlements, et de n'en pas modifier à la légère les interprétations. Comme par le passé, il faut que les postulants soient soumis à un examen très sérieux, que les admissions soient prononcées en dehors de tout risque grave, que les négligences blâmables trouvent devant elles une sanction, enfin que les restrictions prévues, dans le droit à l'indemnité, soient mises hors de discussion. Le sentimentalisme n'est pas à sa place dans la gestion d'une œuvre comme celle-ci. Vous en savez suffisamment sur notre esprit de confraternité, pour être certains que nous lui donnerons toujours satisfaction, quand nous pourrons le faire, sans danger pour l'intérêt commun ; seulement nous sommes tous d'accord pour ne pas vouloir incliner devant lui l'absolu des chiffres.

Mais si votre Conseil d'administration est tenu, chers confrères, à cette sorte de rigorisme, c'est à vous qu'il appartient d'en assurer le bénéfice à l'œuvre, et d'en faire découler des économies. Quand chacun de nos adhérents aura *lu attentivement* et *conservé en bonne place* le petit opuscule où sont inscrits ses devoirs et ses droits, on ne nous demandera plus des choses antistatutaires ; on ne nous fera plus de ces questions, dont la réponse, contenue dans la brochure, entraîne une dépense postale inutile ; on s'évitera les rappels onéreux, les amendes, les suspensions ; on s'épargnera même, et à nous aussi, de petits mouvements de mauvaise humeur et de désagréable surprise, provenant de ce qu'on n'avait pas lu, et qui (le croiriez-vous ?) retombent parfois jusque sur la *Société du Concours*, notre mère, ou sur ses autres œuvres, nos sœurs.

Par ce que je viens de dire, j'ai payé le tribut obligatoire à mon rôle de surveillant-général du fonctionnement de l'Association. Ce rôle a un côté ingrat, vous le voyez, chers confrères, puisqu'il m'oblige à morigéner les négligents ; mais il en a un autre fort agréable, que je dois vous montrer maintenant. On ne distribue pas une douzaine de mille francs à des médecins, sans qu'ils vous en témoignent leur gratitude, en des termes d'une éloquence bien touchante ; or, comme des gens qui en sont souvent sevrés, les médecins savent le prix qui s'attache à la reconnaissance, et ne la marchandent pas à votre Bureau. J'avais donc rêvé de réunir, en un gracieux bouquet, pour vous, parce que c'est à vous qu'il doit aller, les

lettres de nos camarades qui ont eu le malheur de bénéficier de la prévoyance mise par vous à leur disposition. Mais le temps nous manquerait pour prendre connaissance de ce volume. Laissez-moi donc me contenter de le résumer, en disant que votre œuvre a été bénie, par bon nombre de familles médicales. Vous aimeriez surtout à entendre ce que disent ces confrères que la maladie tient déjà, depuis deux ou trois ans, dans une triste inaction. Grâce à vous, ils ont pu enrayer la marche de graves affections dont l'issue fatale se serait rapidement produite, tuberculose, angine de poitrine, néphrites, etc..., Ils vous devront le retour à une vigueur suffisante pour reprendre le travail professionnel, ou la possibilité de continuer leur pénible existence, sans connaître le dénûment absolu. Et savez-vous ce qu'ils proclament surtout avec un ensemble parfait ? Ils disent d'abord que, même à cette époque où on condamne les Drs Laporte, ils s'applaudissent, eux, d'avoir choisi la profession médicale, parce que le réveil de la solidarité y sonne à toute volée, par la création d'œuvres comme l'Association amicale. Et ils ajoutent que la vraie confraternité est celle qui s'établit l'argent en main, par la constitution de ressources communes visant la défense du corps médical tout entier. C'est là une leçon que le Conseil de Direction du « Concours médical » n'a pas voulu laisser perdre, et ceux d'entre vous qui assisteront, dans une heure, à l'assemblée de cette société, entendront une proposition qui s'en inspire, et qui mérite toute votre attention, (*Applaudissements.*)

S'il nous fallait d'ailleurs, chers confrères, ajouter un argument de plus, en faveur de l'utilité d'une œuvre comme la nôtre, nous le trouverions dans les faits dont nous avons à vous entretenir maintenant. Au cours de cette année, en diverses régions de France, nous avons vu mettre en projet des *Caisses locales d'indemnité-maladie* ; c'est dire que la préoccupation qui a motivé l'organisation de notre Société, est devenue générale chez les médecins, et nous ne saurions ni nous plaindre de cela, ni blâmer ceux qui cherchent à faire à l'Association amicale une saine concurrence ; bien au contraire. Seulement, nous avons le devoir de signaler aux confrères qui, désormais, seront nos adhérents ou les adhérents d'une des caisses projetées, les différences qui existent entre les avantages qui leur sont garantis, dans un cas et dans l'autre.

Lorsque M. Léon Marie (que nous nous plaisons à appeler *notre* actuaire, parce que sa réputation donne à nos œuvres de prévoyance un gage d'une valeur toute spéciale), lorsque M. L. Marie vint assister à notre constitution, il nous dit à peu près ceci :

« Vous voulez faire une œuvre de *droit*, vous voulez vous *assurer* telles indemnités en cas de maladie, « et vous souhaitez que la caisse puisse, en payant ces indemnités, durer toujours et ne pas « faire faillite à ses engagements : vous vonlez, en un mot, l'assurance absolue, non un mirage, « ou des promesses conditionnelles. Eh bien, chacun de vous devra verser une cotisation annuelle *minima*, « proportionnée à l'âge d'admission ; de plus, il établira, par un examen médical, qu'il n'a aucune tare « constitutionnelle sérieuse, et ne réclamera rien pour les indispositions de moins de 5 jours. Si la So- « ciété que vous constituerez ainsi se contente de frais de gestion insignifiants, je crois pouvoir garantir « sa durée, à partir du jour où elle comptera un *minimum* de plusieurs centaines d'adhérents. Mais encore, « l'infaillibilité n'étant le privilège de personne, pas même des actuaires, je demande que des inventaires « assez fréquents vous donnent l'indication des modifications qui apparaîtraient comme nécessaires. « Hors de ces conditions, pas de sécurité pour la caisse, ni par conséquent, pour les adhérents, c'est le « hasard qui présiderait à la gestion. »

Nos statuts ont scrupuleusement reproduit les dispositions que réclamait M. Léon Marie : aussi l'Association amicale, avec sa large base de recrutement, est-elle certaine de pouvoir tenir ses engagements : ses sociétaires sont réellement *assurés* de pouvoir user d'un *droit* précis, à l'heure où ils seront forcés, par la maladie, de suspendre leurs occupations.

Rappeler, ici, ces principes, qui servent de base à notre œuvre de prévoyance, c'est nous dispenser de toute critique à l'égard des projets dont nous parlions, elle serait, peut-être, mal interprétée, malgré la pureté de nos intentions. Mais c'est aussi remplir un devoir de saine confraternité, en mettant les bonnes volontés en garde contre des illusions qui pourraient amener de graves mécomptes. L'intérêt commun du corps médical court de véritables dangers par cet émiettement de son initiative dans des créations locales, d'un avenir incertain, se substituant à la solidarité générale, qui seule peut produire l'absolue sécurité en matière de prévoyance vraie.

Nous avons l'habitude, chers confrères, de terminer ce compte rendu annuel par des remerciements à nos *délégués* et *correspondants*, remerciements auxquels vous ne manquez jamais de vous associer, sachant que c'est leur zèle dans la propagande qui a produit notre rapide essor. Aux noms que je vous citais les années dernières, et qui n'ont pas démérité, j'ajouterai, avec la crainte d'être incomplet dans mon énumération, ceux de MM. de Layonnère, Audouin et Gauja (de Bordeaux), Lop (de Marseille), Duchein (de Seine-Port) Decléty (de Wizomes, Pas-de-Calais), ceux de MM. Archambaud, Bard et Augagneur, qui, dans *la Revue médicale*, *le Lyon médical*, *la Province médicale*, font toujours une place aux échos de nos réunions, et enfin ceux des Syndicats d'Arles, du Loiret, de l'Oise, de l'arrondissement de Pontoise, de l'arrondissement de Versailles, devenus des bureaux de recrutement excessivement actifs, où l'on se fait un point d'honneur de s'enrôler dans nos cadres.

Mais le moment est venu de ne plus compter exclusivement sur le zèle et l'influence de quelques-uns, pour assurer irrévocablement l'avenir. Je voudrais vous dire l'an prochain : nous ne sommes plus une Société en voie de développement rapide, nous sommes une œuvre faite, et à l'abri de toute vicissitude, quelque terrible qu'elle puisse être. Il dépend de vous, chers confrères, et de vous seuls, d'entendre ces paroles en 1898. L'Association amicale n'a pas été faite pour quelques-uns seulement. En la créant, vous avez vu en elle une garantie contre l'insécurité de l'avenir professionnel qui nous attend tous. Votre adhésion personnelle fut un acte de prévoyance égoïste, si j'ose employer ce vilain mot en si noble matière; il vous reste à accomplir l'acte de solidarité qui fera votre tâche aussi belle que complète.

Un moyen très simple est à votre portée, qui vous permettra de remplir cette obligation. *Que chacun de nous prenne ici l'engagement formel d'amener au moins un adhérent avant la réunion générale prochaine* ! Nous chercherons cette précieuse recrue parmi nos voisins, nos amis du collège ou de la Faculté dans notre département ou à l'autre bout du pays, peu importe ; mais nous la trouverons et nous presserons son enrôlement avant que la maladie, l'infirmité, ou l'âge, l'aient disqualifiée. C'est chose facile, quoi qu'en puissent dire les nonchalants ; il suffit de la vouloir.

Je demande formellement à notre cher Président de vous mettre à l'instant au pied du mur, en sollicitant de vous ce serment facile à tenir.

Et si votre réponse est celle que je prévois, l'Amicale saluera l'an prochain le chiffre mille dans la liste de ses membres, avec la certitude de ne plus le revoir, comme il fut dit du premier milliard atteint par le budget français. (*Applaudissements et adhésion générale.*)

Merci, chers confrères, M. Archambaud a enregistré votre serment. Mais permettez-moi encore un mot. Plusieurs membres de la Société ont fait des dons qui ont été versés à la caisse auxiliaire, en vertu de nos statuts. Ce sont MM. Lop (de Marseille), Dulau (de Labrit-Landes) et M. Cézilly. Je me fais un agréable devoir de les remercier ici publiquement au nom des Sociétaires absents et j'ajouterai (si vous le voulez) au nom de tous, présents et absents. (*Applaudissements.*)

M. le Dr Gassot lit ensuite son rapport sur la question financière de l'année 1897.

Rapport de M. le Dr Gassot, Trésorier.

Messieurs et chers Confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier de notre Association Amicale.

Comme les années précédentes, je ferai suivre l'exposé des comptes définitifs de 1896, pour lesquels le Conseil d'Administration vous demande votre approbation complète, de celui des comptes provisoires des dix premiers mois de l'année 1897 afin que vous puissiez vous rendre un compte exact de notre situation au 31 octobre 1897.

Comptes définitifs de l'année 1896.

Au cours de l'année 1896, votre Conseil d'administration a prononcé 88 admissions. Au 1er janvier 1896 nous étions 287; nous serions donc 375, si nous n'avions eu le malheur de perdre deux de nos associés et si nous n'avions dû prononcer deux radiations en vertu de l'article 11 des statuts : nous restons donc 371.

Sur ces 88 membres nouveaux, 38 ont opté pour la combinaison B et 3 anciens sociétaires, inscrits à la combinaison A, ont passé à la combinaison B. C'est donc 41 membres à ajouter aux 124 qui, au 1er janvier 1896, étaient inscrits à cette combinaison.

Un confrère a pris la combinaison 1/2 B ; c'est le second.

49 membres ont préféré la combinaison A et sont venus s'ajouter aux 155 membres restant entièrement inscrits à cette combinaison (1).

Notre situation s'établit donc ainsi :

165 membres inscrits à la combinaison B.
2 membres inscrits à la combinaison 1/2 B.
203 membres inscrits à la combinaison A.
1 membre inscrit à la combinaison 1/2 A.
371

Les cotisations ont continué à rentrer avec beaucoup de régularité; pourtant deux membres restaient suspendus de leurs droits depuis le 1er janvier en vertu de l'article 11 des statuts et allaient se trouver sous le coup de la radiation.

Recettes.

Les recettes de l'année 1896 se sont élevées à 30.112 fr. 68, savoir :

Cotisation	28.737 »»
Intérêts des valeurs	1.027 49
Recouvrements	120 04
Amendes	54 »»
Dons	174 15
Total	30.112 68

Dépenses.

Les depenses ont atteint le chiffre de 11.769 fr. 77, savoir :

Imprimés	206 35	
Poste et transports divers	268 22	
Recouvrements	43 75	
Timbres quittances	69 80	766 52
Frais de bureau	90 »»	
Frais de trésorerie	25 90	
Déplacements des membres du Conseil	62 50	
Indemnités aux associés malades		11.003 25
Total		11.769 77

Balance.

Si au total des recettes	30.112 68
Nous ajoutons ce qui restait en caisse au 31 décembre 1895	566 16
Nous obtenons un total de	30.678 84
Dont il faut déduire le total des dépenses	11.769 77
Il reste donc en excédent la somme de	18.909 07
Et nous avons retiré de la caisse nationale d'épargne	1.000
Total	19.909.07

Dont emploi a été fait de la manière suivante :

(1) Les membres décédés et les deux membres rayés appartenaient à la combinaison A.

Achat de 18 obligations chemin de fer du Midi anciennes	8.435 50	
Achat de 6 obligations chemin de fer de l'Est nouvelles	2.848 25	
Achat de 15 obligations Banque hypothécaire (Crédit foncier) remboursables à 1000 fr.	8.493 »»	
Avoir à la Société générale	1.758 02	
Total	21.534 77	
Dû au trésorier	1.625 70	
Reste somme égale		19.909.07

J'explique immédiatement cette dette de 1625 fr. 70 au trésorier par ce fait que pour envoyer les indemnités maladie réglées en fin décembre, je n'avais pas cru devoir opérer un retrait de fonds de la Société générale, puisque quelques jours après j'encaissais les cotisations de janvier.

Avoir de l'Association au 31 janvier 1896.

	Prix d'achat.	Au cours.
200 fr. de 3.5 % sur l'Etat français	6.194 40	6.331 42
10 obligations chemin de fer de l'Est 3 % nouvelles.	2.699 45	4.795 »»
30 obligations chemin de fer du Midi 3 % anciennes	13.850 45	14.370 »»
20 obligations chemin de fer de l'Est 3 % nouvelles	9.474 40	9.525 »»
15 obligations Banque hypothécaire remboursables à 1.000 fr	8.493 »»	8.775 »»
Espèces à la Société générale	1.758 02	1.758 02
Totaux	44.469 72	45.554 44
Déduction de la dette envers le trésorier	1.625 70	1.625 70
Reste	42.844 72	43.928 74

Vous voyez, Messieurs, que, comparativement à l'année précédente, notre fortune s'est accrue de près de 20.000 francs et que les cours de fin d'année nous donnaient sur les prix d'achat une plus value de 1.084 fr. 72. Ce sont là des signes de prospérité qu'il n'est pas besoin d'autrement commenter.

Caisse auxiliaire.

De notre avoir total nous devons retrancher ce qui revient à la caisse auxiliaire alimentée, vous le savez, par les amendes et les dons faits sans affectation spéciale.

Cette caisse s'élevait au 31 décembre 1895 à 64 80

En 1896 nous lui avons versé :

Amendes	54 »»	128 15
Dons sans affectation spéciale	74 15	
Au 31 décembre 1896, elle possédait donc		192 95

Somme qui, je le répète, est comprise dans celle qui représente l'avoir total de l'Association.
Vous voudrez bien, Messieurs, approuver ces comptes d'une manière définitive.

Comptes provisoires de 1897.

Pendant l'année 1897, le Conseil d'administration a prononcé 82 admissions ; mais nous avons eu le malheur de perdre encore deux de nos associés ; nous avons dû prononcer deux radiations en vertu de l'article 11 des statuts et une exclusion en vertu de l'article 14 ; enfin deux sociétaires ont envoyé leur démission : nous restons donc actuellement 446.
28 des nouveaux admis ont pris la combinaison A.
52 ont opté pour la combinaison B.
2 enfin ont pris la combinaison 1/2 B.
En outre, deux membres antérieurement inscrits à la combinaison A ont été autorisés à passer à la combinaison B.
Si l'on tient compte de ce fait que par suite de décès, démission, radiation ou exclusion la combinaison A a perdu 4 membres, la combinaison B 3 membres et la combinaison 1/2 B deux membres, nous avons au 31 octobre 1897 :

227 membres inscrits à la combinaison A.
216 membres inscrits à la combinaison B.
1 membre inscrit à la combinaison 1/2 A.
2 membres inscrits à la combinaison 1/2 B.
446

Je dois ajouter que quelques confrères admis n'ont pas envoyé leur cotisation ; c'est là un fait que je ne puis comprendre : s'ils ont demandé leur admission, c'est sans doute qu'ils voulaient être des nôtres ; — pourquoi donc alors ne pas aller jusqu'au bout ?
Deux associés suspendus depuis le 1er janvier vont se trouver sous le coup de la radiation.
Six sont suspendus depuis le 1er juillet.

Recettes.

Nous avons encaissé jusqu'au 31 octobre 1897 une somme totale de 36.327 fr. 80, savoir

Cotisations	34.337 25
Intérêts des valeurs	1.190 55
Recouvrements et rappels	172 15
Dons	107 85
Amendes	20 »»
	36.327 80

Dépenses.

Nos dépenses se sont élevées à 12.402 fr. 52, savoir :

Matériel	4 20	766 07
Imprimés	198 50	
Poste et transports divers	218 57	
Recouvrements et rappels	56 70	
Timbres quittances	84 50	
Frais de Bureau	140 »»	
Frais de trésorier	13 60	
Déplacement des membres du Conseil	50 »»	
Indemnités aux associés malades		11.636 45
		12.402 52

Vous savez, chers confrères, que la gestion de votre Conseil d'administration est absolument gratuite et que les frais de chemin de fer sont seuls remboursés. C'est ce qui vous explique la dépense de 50 fr. Mais le travail imposé à votre trésorier est tel à deux époques de l'année que, malgré toute sa bonne volonté, il n'y pourrait suffire : il est obligé de se faire aider, et les 140 fr. de frais de bureau représentent la rémunération de son aide.

Ces explications me paraissaient nécessaires pour avoir le droit d'affirmer devant vous que nous réduisons nos dépenses au strict minimum et que notre gestion est aussi économique que possible. Nos frais seraient pourtant moindres encore si quelques associés n'augmentaient notre correspondance en adressant au trésorier des lettres qui concernent le secrétaire général et *vice versâ*. Un peu d'attention de leur part diminuerait en même temps que nos dépenses notre besogne qui, je puis vous l'assurer, n'est pas une sinécure.

Balance.

Si au total des recettes		36.327 80
On ajoute les espèces à la Société Générale du 31 décembre 1896		1.758 02
On obtient		38.085 82
dont il faut déduire :		
La somme due au trésorier au 31 décembre 1895	1.625 70	14.028 22
plus les dépenses de l'année	12.402 52	
Il reste un excédent de		24.057 60
dont emploi a été fait de la manière suivante :		
Achat de 300 fr. de rente 3 %	10.283 40	
Achat de 150 fr. de rente 3,5 %	4.646 30	
Achat de 10 obligations de Chemin de fer Grand central 3 %	4.828 35	
	19.758 05	
Espèces à la Société générale	3.964 87	
Espèces en caisse	334 68	
Total égal		24.057 60

Avoir de l'Association au 31 octobre 1896.

	Prix d'achat.	Au cours
300 fr. de rente 3 % sur l'Etat Français	10.283 40	10.297 »»
350 fr de rente 3,5 % sur l'Etat Français	10.840 70	10.717 »»
10 obligations chemin de fer de l'Est 3 % nouvelles	4 699 45	4.800 »»
30 obligations chemin de fer du Midi 3 % anciennes	13.850 45	14 475 »»
20 obligations chemin de fer de l'Est 3 % anciennes	9.474 40	9.680 »»
10 obligations chemin de fer Grand Central 3 %	4.828 35	4.800 »»
15 obligations Banque hypothécaire (Crédit Foncier) remboursables à 1000 fr.	8.493 »»	9.825 »»
Avoir à la Société générale	3.964 87	3.964 87
Espèces en caisse	334 68	334 68
Totaux	66.769 30	68.893 55

Vous voyez, Messieurs, par la comparaison de ces deux tableaux, que votre petite fortune n'a pas trop mal été gérée. (*Applaudissements.*)

Faut-il répéter qu'elle est absolument indépendante de celles des œuvres sœurs, que nos titres sont déposés à la Société Générale et ne peuvent en être retirés qu'avec les formalités prévues par les statuts; qu'enfin votre trésorier ne conserve entre les mains que la somme strictement nécessaire aux menues dépenses courantes ?

Ce sont-là des mesures de sécurité qui lui importent autant qu'à vous.

Caisse auxiliaire.

La Caisse auxiliaire qui possédait, au 31 décembre 1896, une somme de	192 fr. 95
s'est accrue du produit des amendes	20 » »
et de celui des dons sans affectation spéciale	107 » 85
Elle possède donc actuellement	320 fr. 80

Somme qui est comprise dans l'avoir total de l'Association.

Résumé des quatre premières années.

Je crois intéressant, Messieurs, de comparer les résultats de nos quatre premières années dans des tableaux qui vous feront mieux saisir les progrès de l'œuvre.

Recettes depuis la fondation.

	1894	1895	1896	1897 (dix mois.)
Cotisations	9.016.65	19.581.50	28.737 » »	34.837.25
Intérêts des valeurs	13.45	568.35	1.027.49	1.190.55
Recouvrements et rappels	2.90	52.02	120.04	172.15
Dons	733.85	258.80	174.15	107.85
Amendes	» » »	6 » »	54 » »	20 » »
Totaux	9.763.94	20.466.67	30.112.68	36.327.80

Indemnités versées aux Sociétaires malades.

	1894	1895	1896	1897
Indemnités maladie	370 » »	3.400 » »	11.003.25	11.636.45

Nombre des adhérents.

	1894	1895	1896	1897
Adhérents	167	287	371	446

Dépenses d'administration.

	1894	1895	1896	1897
Frais d'études	215 » »	» » »	» » »	» » »
Matériel	196 50	» » »	» » »	4.20
Imprimés	358.30	308.25	206.35	198.50
Ports et transports divers	282.85	260.15	268.22	218.57
Recouvrements et rappels	1.25	22.25	43.75	56.70
Timbres quittance	25 » »	50.20	69.80	84.50
Frais de Bureau	» » »	25 » »	90 » »	140 » »
Frais de trésorerie	» » »	» » »	25.90	13 60
Déplacements des membres du Conseil	158.80	62.50	62.50	50 » »
Totaux	1.237.70	728.35	766.52	766.07

Si vous voulez bien tenir compte de ce fait que l'accroissement du nombre de nos sociétaires entraîne fatalement une augmentation de certaines dépenses (postes, timbres-quittance, etc...), vous conviendrez que nous nous efforçons de réduire ces dépenses au strict minimum.

Avoir de l'Association.

	1894	1895	1896	1897 (1er novembre.)
Avoir au 31 décembre	8.159.24	24 293.31	43 928.71	63.893.55

C'est sur ces derniers chiffres que je m'arrête : ils me paraissent n'avoir besoin d'aucun commentaire. Je ne vous demande qu'une chose, c'est de les faire connaître autour de vous. En regard des grands services que rend notre Association et des charges relativement lourdes qu'elle a eu à supporter presqu'à ses débuts, rien ne saurait même en faire ressortir la prospérité. (*Applaudissements.*)

La parole est donnée au docteur Hervouët pour la lecture du rapport des contrôleurs :

Messieurs,

Les contrôleurs ont examiné sérieusement les comptes de notre excellent trésorier, le Dr Gassot. Nous ne pouvons que renouveler nos déclarations des années précédentes, à savoir que les comptes du trésorier sont tenus d'une façon remarquable, sans la plus petite erreur et avec le plus grand soin. Aussi ne pouvons-nous que nous associer aux paroles élogieuses du secrétaire général et proposer l'approbation des comptes et le vote de félicitations chaleureuses au trésorier. (*Applaudissements.*)

Les comptes sont approuvés à l'unanimité.

Le docteur *Plateau* est élu contrôleur pour l'année 1898, en remplacement du Dr Hervouët, contrôleur sortant.

M. le Dr Jeanne. — Messieurs, un confrère de la région lyonnaise, M. Bonnet, de Neuville-sur-Saône, a proposé que les Assemblées générales se tiennent de temps en temps ailleurs qu'à Paris, dans les grandes villes où il y a un certain nombre d'adhérents, par exemple.

M. le Dr Pic. — Assurément, ces réunions seraient bonnes pour la propagande, mais il me semble utile de tenir les assemblées générales dans la ville où le plus grand nombre d'adhérents peuvent se trouver à la fois, et cette ville est évidemment Paris.

M. le Dr Hervouët. — Il pourrait cependant y avoir des réunions locales, dans les villes où la Société compte le plus de membres, mais ces réunions seraient indépendantes de celles du Conseil et de l'Assemblée générale.

M. le Dr Archambaud. — Je suis de cet avis : mais ne pensez-vous pas qu'il est impossible d'organiser de suite ces réunions et qu'il serait préférable de laisser le Conseil étudier cette création et vous la soumettre d'une façon définitive l'année prochaine.

M. le Dr Good. — Au lieu de choisir seulement les grands centres, on pourrait créer des comités départementaux qui se réuniraient au chef-lieu et, sans avoir voix délibérative, s'occuperaient des intérêts de l'association, et, en particulier, de la surveillance qu'il pourrait être utile d'établir dans certains cas de maladie. Ces confrères se connaissent mieux les uns les autres et pourraient donner au Conseil des renseignements précieux.

M. le Dr Hervouët. — On pourrait demander acceptation immédiate de ces réunions locales et ne pas attendre à l'année prochaine, ce qui serait une entrave à l'initiative privée.

M. le Dr Vignes. — Je ne vois pas d'inconvénient à cela, s'il n'y a pas augmentation de frais pour l'association.

M. le Dr Gassot. — L'essai a déjà été fait au Syndicat du Loiret, et il a parfaitement réussi.

M. le Dr Pic. — Messieurs, je vous propose de voter sur la proposition ainsi libellée par le Secrétaire-général :

« Au fur et à mesure que les groupes régionaux deviendront assez nombreux, ils pourront se « constituer en comités de propagande et de surveillance, avec approbation du Conseil et faculté de « réunions. » (*Adopté à l'unanimité.*)

M. le Dr Jeanne. — J'ai reçu une autre proposition, émanant d'un confrère étranger qui demande à entrer dans la Société. Ce confrère, en instance de naturalisation depuis des années, ne peut obtenir gain de cause. Or, l'article Ier de nos statuts s'oppose à son admission. Vous n'ignorez pas, Messieurs, que depuis la circulaire de M. le ministre Rambaud, la situation des médecins étrangers, en France, a complètement changé et je ne verrais pas, pour ma part, d'empêchement à leur admission. Je vous proposerai donc d'adopter, comme modification aux statuts, l'article suivant : « Pour« ront être admis, à titre provisoire jusqu'en 1906, date du 2e inventaire, les médecins étrangers qui, « en outre des conditions générales d'admissibilité, fourniront la preuve de démarches instantes « en vue d'obtenir la naturalisation, et seront présentés par deux médecins français de leur voisi« nage. Leur admission sera définitive du jour où ils auront produit l'acte de naturalisation. »

M. le Dr Maurat. — Je ne puis pas admettre de demi-mesures. Il n'est pas possible d'accepter l'argent de ces confrères et de leur dire, dans sept ou huit ans, qu'ils sont rayés de la Société sans indemnité. Qu'on s'en tienne à la lettre des statuts ou qu'on reçoive les étrangers à porte ouverte.

M. le Dr Plateau. — Il s'agit d'une modification aux statuts ; or, cette modification ne peut être votée sans avoir été inscrite à l'ordre du jour. Contentons-nous donc, si vous le voulez, pour aujourd'hui, de nous prononcer sur le principe de l'admission des étrangers, que, pour ma part, je suis d'avis d'accepter, et renvoyons à l'année prochaine le vote définitif.

M. le Dr Good. — Nous sommes une association amicale et ne craignez-vous pas que l'admission des étrangers ne transforme notre société en une société d'assurances.

M. le Dr Cézilly. — Au point de vue de la prospérité de notre société, il serait très avantageux d'être le plus grand nombre possible et je ne vois pas, pour ma part, d'empêchement à l'admission des étrangers.

M. le Dr Hervouët. — Un étranger qui demande à venir avec nous tient évidemment à rester en France et, s'il ne se fait pas naturaliser, ses enfants seront au moins français. Un seul point reste à examiner : leur admission serait-elle utile ou nuisible à la société ? Pour ma part, je considère qu'elle ne pourrait qu'être utile.

M. le Dr Vignes. — La plupart des étrangers ne deviendront jamais français et, en ce qui me concerne, je ne suis pas d'avis de les accepter.

M. le Dr Mignon. — Il y a cependant un certain nombre de médecins, qui font des démarches pour se faire naturaliser et ne peuvent y arriver. Est-il juste de les exclure ?

M. le Dr Plateau. — Il n'y a pas d'inconvénient à les admettre, du moment que leurs parrains leur servent de répondants ; c'est là, pour nous, une précieuse garantie.

M. le Dr Toussaint. — Plus nous favoriserons les étrangers en France, plus leur nombre augmentera, et ce n'est pas là ce qu'il faut chercher. Ne craignez-vous pas que, comme dans le Syndicat de Pontoise, ils ne deviennent un peu envahissants.

M. le Dr Jeanne. — Avec la nouvelle circulaire ministérielle, cet envahissement n'est plus possible.

M. le Dr de Grissac. — Les médecins étrangers qui vivent avec nous sont presque des français, ils font partie de la plupart de nos sociétés, ils ont pris nos mœurs, et j'estime qu'il n'y a pas de limites à la confraternité.

M. le Dr Lambry. — Il serait intéressant de savoir si, à l'étranger, on fait les mêmes avantages à nos confrères français.

Par 22 voix contre 12, on renvoie la question à l'étude du Conseil, qui la mettra à l'ordre du jour de la prochaine Assemblée générale.

M. le Dr Jeanne. — J'ai à vous soumettre une autre question qui concerne l'admission des médecins fonctionnaires n'exerçant pas la médecine.

Des médecins qui n'exercent pas, ou qui s'en tiennent, soit à des fonctions administratives (inspecteurs départementaux de l'Assistance, par exemple), soit à des travaux de laboratoire, s'étonnent de ce que, moins exposés à la maladie accidentelle que les praticiens, nous les écartions jusqu'ici de la participation. Nous l'avons fait parce que nous sommes privés, en ce qui les concerne, du critérium indiqué aux deux premiers paragraphes de l'article 30, touchant le droit à l'indemnité ; ce critérium, c'est l'impossibilité de faire des visites, ou l'impossibilité pour le consultant de se livrer à tout travail. « Mais n'est-ce pas plutôt, disent-ils, parce que vous nous supposez des res« sources personnelles ou des traitements fixes, que vous écartez de nous votre sollicitude ? N'est« ce pas encore parce que vous suspectez notre santé ? Si l'on vous prouve que celle-ci est bonne,

« si, de plus, notre genre de vie nous met plus à l'abri que d'autres, contre les maladies et accidents « professionnels, nous ne voyons pas quel intérêt vous avez à vous priver de notre concours, ni de « quel droit vous nous interdisez l'accès de votre œuvre de prévoyance. Appliquez-nous le para- « graphe 3 de votre article 30, mais ouvrez-nous vos portes. » Il est vraiment difficile, chers confrères, de méconnaître le bien fondé de ce raisonnement, et, après mûre réflexion, nous vous proposons de donner satisfaction à cette catégorie de médecins, pour lesquels le droit à l'indemnité ne serait acquis que par le séjour forcé à la chambre ou au lit. Nous ne changerons rien aux statuts en prenant cette résolution : elle est évidemment, comme la précédente, du ressort de la réglementation intérieure, et n'aura que l'avantage de nous procurer des adhérents sans faire courir des risques spéciaux.

M. le Dr Maurat.— Je ne partage pas d'une manière absolue les idées de notre Secrétaire général. Nous avons à défendre les intérêts de l'Association et rien ne vous dit qu'un médecin ne pratiquant pas, ne faisant que des travaux de cabinet ou de laboratoire, ne sera pas plus tenté qu'un autre de rester longtemps à la charge de la Société, dès que la moindre indisposition l'aura mis dans l'incapacité de sortir, sans, pour cela, l'empêcher de travailler chez lui.

M. le Dr Gassot. — Cette situation serait d'autant plus grave pour la Société que, pendant sa maladie, son traitement lui est payé de la même façon et qu'il toucherait ainsi de deux côtés à la fois.

M. le Dr Archambaud. — Il ne faut pas voir partout de mauvaises intentions. Si le médecin fonctionnaire est plus tenté qu'un autre de frapper à la caisse, il faut dire aussi que les risques de maladie sont chez lui bien moindres et que, d'autre part, rien ne nous empêche d'exercer, sur ceux qui se disent malades, une surveillance qui ne pourra en rien les blesser, puisqu'elle sera faite dans un but d'intérêt général.

Les médecins fonctionnaires peuvent perdre leur place du jour au lendemain, vous les aurez alors empêchés de profiter, quand ils étaient jeunes, d'un taux de prime inférieur à celui qu'ils devront payer plus tard. Rien ne vous dit, non plus, qu'ils ne deviendront pas chroniques et qu'ils seront peut-être, à cette époque, dans l'impossibilité de subvenir à leurs besoins à cause du peu d'importance de la retraite que leur allouera l'Etat. Dans certains cas même, ils n'auront aucune retraite et, faisant bon marché de leurs idées de prévoyance, vous les aurez injustement voués à la misère.

Du moment que les statuts ne s'opposent pas à leur admission, je vous propose de leur ouvrir largement nos portes, nous n'avons qu'à y gagner.

M. le Dr Gassot. — Les statuts, indiquant que l'indemnité sera versée seulement à ceux qui se trouvent dans l'impossibilité de continuer l'exercice de leur profession, excluent, par ce fait même, de l'association, les médecins qui n'exerçent pas.

M. le Dr Jeanne. — Les médecins fonctionnaires sont soumis à toutes les fluctuations politiques et je crois que nous n'avons pas le droit de les refuser. Le contrôle sera difficile, il est vrai, mais avec un peu de bonne volonté de part et d'autre, tout ira pour le mieux.

M. le Dr Hervouët. — Ce serait de la mauvaise confraternité que de les refuser.

L'admission des médecins fonctionnaires est adoptée par 21 voix contre 16.

La séance est levée à quatre heures.

Le Secrétaire des séances,

Dr Paul Archambaud.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le microbe du rhumatisme.

MM. *Triboulet, Coyon* et *Zadoc* ont communiqué à la Société médicale des hôpitaux, une intéressante observation d'autopsie, de rhumatisme articulaire et viscéral avec chorée chez un enfant de l'hôpital Trousseau; ils l'ont accompagnée de recherches bactériologiques importantes.

L'autopsie a eu lieu environ trente-six à quarante heures après la mort. Les ensemencements ont été faits sur bouillon et sur lait stérilisé, et les cultures ont été, les unes aérobies, les autres anaérobies. On s'est servi, pour les ensemencements, de liquide pleural, de sérosité péricardique, du sang de la veine cave inférieure, d'un fragment de valvule mitrale, et d'un segment de moelle lombaire.

Se réservant de revenir en détail sur l'étude bactériologique de cette observation, les auteurs établissent les résultats suivants : *a)* le liquide pleural n'a fourni aucune culture appréciable ; *b)* le liquide péricardique a fourni, en culture anaérobie, des colonies assez nombreuses de staphylocoques ; *c)* le sang de la veine cave, le fragment de valvule et le segment de moelle ont *seuls* donné, et *en culture anaérobie seulement*, sur lait stérilisé, les résultats typiques, à savoir :

1° En dix-huit heures environ, fermentation intense aboutissant à la séparation du lait en deux parties, l'une séreuse, l'autre représentant une émulsion grasse à grosses bulles solidifiées, d'aspect alvéolaire tout à fait analogues à des cultures obtenues récemment par le Dr Thiroloix.

La fermentation du lait a pour résultat le dégagement d'une odeur butyro-caséeuse franche, qui ne présente aucune nuance de fétidité. Le développement gazeux est assez fort parfois pour briser le tube.

Sur lamelles, on colore aisément de gros bacilles, les uns courts et trapus, les autres un peu plus larges, rappelant bien les aspects polymorphes de la bactéridie charbonneuse, mais toujours avec un volume plus considérable que celle-ci. Ce microbe supporte le Gram-Weigert ;

2° 2 c. c. de culture en injection intra-musculaire, dans la cuisse d'un cobaye, ont amené la mort de l'animal en vingt-neuf heures, avec formation, au pli de l'aine, d'une vaste collection séro-œdémateuse (constatation analogue à celles de Thiroloix).

Il y aura lieu de poursuivre expérimentalement la série d'inoculations indiquées par Thiroloix sur le cobaye et sur le lapin, pour réaliser les lésions endocardiques, péricardiques et pleurales que cet auteur a reproduites.

Toujours est-il qu'actuellement il a été possible d'isoler sur le cadavre, *quarante heures après la mort*, le bacille décelé par Thiroloix cinq fois dans le sang de cinq rhumatisants vivants, ce qui prouve que le microbe isolé n'est vraisemblablement pas un vulgaire microbe de la putréfaction.

Le traitement des ulcères et des plaies torpides par la chaleur lumineuse.

M. le Dr *Bourdin*, de Saint Florent (Cher), nous prie de faire remarquer qu'il a contribué pour une certaine part à l'innovation du traitement des ulcères, plaies torpides et eczémas par la chaleur lumineuse que nous avons signalée récemment à l'occasion du travail de MM. Colleville et F. Laurent.

Il ajoute que depuis 1891, il a diminué la part faite aux ablutions détersives.

Les abcès cérébraux.

Le traitement des abcès cérébraux doit être compris de la façon suivante, d'après M. le Dr *Schilcau* dans la *Gazette médicale de Paris* :

L'abcès diagnostiqué ou tout au moins soupçonné sérieusement, sera évacué chirurgicalement.

Mais deux questions sont à résoudre : 1° où doit porter l'acte chirurgical ? 2° en quoi doit-il consister ?

2° *Où doit porter l'acte chirurgical ?* — Cela dépend, ainsi qu'on le conçoit. A cet égard, les abcès intra-cérébraux peuvent se diviser en plusieurs catégories.

Dans la première, le chirurgien est guidé d'abord par des lésions osseuses extérieures et, ensuite, par des manifestations de lésion en foyer, les unes et les autres concordant à désigner la zone malade.

Dans la seconde, il existe encore des altérations apparentes de l'os et des signes de localisation cérébrale ; mais il n'y a pas corrélation entre les indications fournies de part et d'autre.

Dans la troisième, il n'y a aucun point de repère extérieur, mais il y a des troubles cérébraux régionaux.

Dans la quatrième, les données du problème sont interverties, c'est-à-dire qu'on n'observe pas de modifications psychiques, motrices ou sensitives spécifiques, mais qu'en retour on peut constater quelque lésion superficielle des os ou des téguments.

Dans la cinquième, enfin, aucune donnée clinique n'éclaire le chirurgien ; celui-ci va à l'aventure, pénétré seulement de cette idée qu'il existe en quelque point un abcès cérébral.

Pour les abcès de la première classe, le siège de la trépanation est tout indiqué : l'hésitation n'est pas permise et l'erreur est impossible.

Pour ceux de la seconde, la conduite est un peu plus délicate. C'est le cas de se rappeler, ainsi que je le disais plus haut, qu'il n'est pas rare d'observer une sorte d'indépendance entre certains abcès cérébraux et la blessure dont ils dérivent. Il faut alors que le signe physique cède le pas au trouble fonctionnel ; il faut que le chirurgien néglige la fistule, l'esquille, l'os dénudé, la cicatrice cutanée, et opère là où lui disent d'opérer ses connaissances d'anatomie topographique appliquées, dans l'espèce, aux troubles physiologiques constatés.

En ce qui concerne les abcès de la troisième et de la quatrième catégorie, je n'ai rien à dire. Privé de toute indication locale, dépourvu de tout repère extérieur, le chirurgien obéit, cela est évident, aux données qui lui sont fournies par les troubles fonctionnels. Et quand, au contraire, il n'existe aucun signe de localisation cérébrale, c'est seulement par les lésions apparentes de l'os ou des téguments que l'opérateur laisse conduire sa main.

Il y a, enfin, des abcès cérébraux, ceux de la cinquième classe, qui, dans des conditions données, se traduisent par des symptômes assez nets pour que l'observateur soit en droit de craindre, sinon d'affirmer leur existence (fièvre, céphalalgie, etc.), mais dont rien ne permet de prévoir le siège ; je veux parler des collections qui accompagnent les ostéites du rocher et de la mastoïde. Eh bien ! ici, il faut mettre en œuvre les notions depuis longtemps acquises et tirer profit de l'expérience. Or, celle-ci nous apprend qu'à peu d'exceptions près, le siège de ces abcès est dans le lobe temporal ou dans le cervelet, dans le lobe temporal surtout. Le fait a été mis en évidence par des mémoires anciens déjà, parmi lesquels je dois citer celui du Pr Brouardel. Dans une statistique récente, Barr réunissait 75 observations comprenant 55 abcès temporaux, 13 cérébelleux, 4 temporo-cérébelleux, 2 protubérantiels, 1 pédonculaire cérébral ; fait considérable, tous ces abcès étaient du même côté que la lésion auriculaire. On peut être plus explicite encore et dire que la carie (on m'entend) de la face supérieure du rocher cause, la plupart du temps, un abcès temporal, et que, par contre, celle des cellules mastoïdiennes est particulièrement liée à l'abcès cérébelleux ou temporal postérieur. Chez l'enfant, enfin, par suite de l'évolution bien connue de l'apophyse mastoïde, l'abcès temporal existe à peu près à l'exclusion de tout autre, tandis que, chez l'adulte, augmente notablement la fréquence de l'abcès cérébelleux.

2° *En quoi doit consister l'acte chirurgical ?* — Voici donc le crâne ouvert. Que faire ? Examiner, avant tout, la surface extérieure de la dure-mère.

Rencontre-t-on alors une collection sus-durale ? Il faut l'évacuer, laver la poche et la drainer, et la drainer sans économie, ainsi qu'il convient pour tous les abcès.

Quand l'exploration ne décèle aucune lésion entre le crâne et la dure-mère, c'est que l'abcès est intra-cérébral, caché par des méninges : il faut, en ce cas, chercher plus profondément. On n'a pas alors seulement pour se diriger, les données fournies par les symptômes de lésions en

foyer ; souvent encore, là où il existe la collection sous-pie-mérienne, la dure-mère est soulevée en une sorte de « proéminence locale » dans l'aire de laquelle les battements du cerveau sont supprimés. C'est là ce qu'on appelle le signe Roser-Braün ; sans doute il n'est ni absolu ni infaillible, ce signe, et on le prit quelquefois en défaut : mais il constitue, au total, un document important qu'il fautprendre en consiration.

Là, donc, où l'on soupçonne que gît le pus dans la substance corticale, l'on incise la duremère en croix et l'on se met en demeure d'explorer la surface du manteau cérébral. L'examen reste-t-il infructueux, c'est que la collection est plus profonde, en pleine masse cérébrale : c'est là qu'il faut la dépister.

A cet effet, dans toute l'étendue de la zone accessible, on enfonce perpendiculairement, à deux ou trois centimètres de profondeur, une aiguille ou un trocart explorateur de petit calibre. Mais le pus des abcès encéphaliques qui est d'ordinaire très concret, ne s'engage quelquefois pas dans la lumière de l'instrument, et la ponction, quoique faite en plein foyer, reste blanche: c'est pour parer à cet inconvénient que Chipault, non sans raison, conseille d'user du ténotome.

Quand l'abcès est découvert, il faut l'inciser largement ; alors le pus s'écoule. On irrigue la cavité purulente avec une solution antiseptique quelconque, de causticité légère (eau boriquée, eau chloratée, eau phéniquée très faible) et on introduit dans cette cavité un gros drain qu'il ne faudra enlever que plus tard quand tout risque de suppuration nouvelle aura disparu.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Un conflit médical à Narbonne.

Narbonne, 20 novembre 1897.

Cher Confrère,

Nous sommes à une époque où il est fortement question de resserrer les liens confraternels. Partout, sous l'impulsion du Concours Médical, s'organisent des Syndicats dont les statuts paraissent donner une garantie sérieuse aux membres adhérents.

Or, voici ce qui vient de se passer dans la ville de Narbonne où existe depuis plusieurs années un Syndicat médical.

A la suite d'un caprice du suffrage universel, une municipalité nouvelle a été installée à la Mairie. Le premier acte du chef de cette municipalité a été de faire maison neuve et de renvoyer tous les employés. Parmi ces employés, il y avait un médecin de l'état civil, deux médecins du Dispensaire et un médecin du Collège. Ces médecins ont été sacrifiés comme de simples gardes-champêtres.

Mais alors, pensez-vous, le Syndicat a protesté et sûrement on n'a trouvé aucun membre de la corporation pour accepter une pareille succession.

C'est justement tout le contraire qui s'est produit. Le Syndicat n'a pas bougé et le Maire n'a eu qu'à se baisser pour ramasser les nouveaux titulaires.

Naturellement, ont été nommés ceux qui savent le mieux jouer du piston et ont les cartilages inter-vertébraux très souples et très déliés.

Voici d'ailleurs ces nominations : 1° le *docteur* Charpenel a été remplacé à l'état civil par M. Guidoni, *officier de santé*. 2° Les docteurs Barthez et David ont été remplacés au Dispensaire par le docteur Conte. Ce dernier a été désigné comme seul titulaire avec un traitement de 1.500 fr. au lieu de 3.000 fr. 3° Le docteur Barthez, déjà nommé, a été remplacé au collège par le docteur Joullié. Ce dernier accepte un traitement de 500 fr. au lieu de 1.000 fr.

Au risque d'être trop long, j'ajoute encore ceci :

Parmi les employés de la mairie, figure le vétérinaire de l'abattoir dont on avait décidé aussi.... l'abatage. Mais ce vétérinaire a un collègue au sein du Conseil municipal, et ce collègue a menacé le maire d'une interpellation, suivie de sa démission, s'il donnait suite à son projet. L'abatage n'a pas eu lieu.

Vous ai-je dit qu'il y a aussi dans ce même Conseil deux jeunes médecins ?

Et nunc erudimini.

Confraternelles salutations,

Dr David.

N. D. L. R. Les intéressés auxquels cette lettre a été communiquée, nous informent qu'ils répondront au n° 50.

Affaire Heim.

Nous avons lu, avec grande attention, les considérants de l'arrêt prononcé par le Conseil de la Faculté. Monsieur le professeur agrégé *Heim* est mis en retrait d'emploi. Il a été jugé par des maîtres, par ses pairs. Notre impression est fâcheuse ; nous nous attendions à plus d'indulgence ; nous n'avons pas le droit de dire, à plus d'équité, avant que M. le Dr Heim ait mis à exécution ce qu'il nous écrit : « Je vais protester par tous les moyens en mon pouvoir, contre cet arrêt.........»

Nous sommes à la disposition de M. Heim après sa condamnation, comme nous l'avons été avant, pour qu'il puisse obtenir, comme il l'espère, le redressement de la sentence prononcée.

A. C.

L'affaire Laporte

L'émotion causée, dans le monde médical, par l'arrêt de la 9e chambre du tribunal de la Seine, ne se calme pas, et les communications, à ce sujet, nous arrivent toujours si nombreuses, que nos correspondants devront nous permettre de ne publier que des extraits ou des analyses de leurs lettres.

1. Trois d'entre eux, MM. St... de St. E, C. de R. O., et F. de P., vivement préoccupés du cas où, par un esprit de corps blâmable, la magistrature d'appel confirmerait l'arrêt, en arrivent à envisager ce qu'il nous resterait à faire. Ils déclarent, sans parti pris, qu'avant d'appliquer à toute la Société la théorie du « *laisser mourir* », il conviendrait, quand nous aurons à donner à des magistrats des soins périlleux, de s'y refuser en invoquant l'incompétence ou le danger de la responsabilité, ou bien encore de mettre celle-ci pleinement à couvert par des consultations aussi onéreuses pour le client qu'inattaquables dans leur légitimité. « Ce sera,

disent-ils, le seul moyen de démontrer, par arguments ad hominem, l'absurdité de la jurisprudence, qu'on a paru vouloir inaugurer dans ces derniers temps. »

2. Je viens de relire, dit M. le Dr Gandaubert (de Montsauche), la magistrale leçon infligée par le professeur Pinard et Varnier à l'élève Socquet pour motiver le refus de son admission au grade de médecin-expert ; on ne saurait blackbouler un candidat avec plus d'esprit, de logique et de raison.

3. M. le Dr Guiffart (de Cherbourg) nous envoie le récit d'un fait judiciaire, qui prouve, une fois de plus, la légèreté avec laquelle semblent être pratiquées certaines instructions.

Au commencement de cette année, une fille était arrêtée avec son amant, d'après des rapports de police, pour complicité dans des manœuvres abortives qui auraient été pratiquées, au cours de trois grossesses, sur cette fille, par Madame Leclerc, sage-femme de la ville, honorablement connue. Au cours de l'instruction, la fille maintient l'exactitude des faits relatés par l'acte d'accusation, et la sage-femme, malgré ses dénégations formelles et réitérées, est jetée en prison. L'affaire est appelée dernièrement devant la Cour d'assises de Coutances. Aux premières questions du président, la fille fait la réponse suivante : « Tout ce que j'ai dit est un tissu « de mensonges. J'ai raconté cette histoire pour « me venger de mon amant qui m'avait promis le « mariage, et aussi de Mme Leclerc qui engageait « mon amant à rompre avec moi. » Et elle ajoute que la police et les magistrats eux-mêmes l'ont poussée à porter toutes ces accusations contre les codétenus.

Le Dr Renaut, appelé comme expert par le juge d'instruction déclare *que les désordres constatés sur la fille accusée, ne peuvent être attribués d'une façon directe à des manœuvres abortives.* Le docteur Rouffet, *contre-expert de la défense, conclut très hardiment qu'il n'y a eu ni avortement, ni même homicide par imprudence.* On apprend de plus que ce serait avec un agent de police que l'accusée et une de ses amies auraient combiné cette histoire.

Enfin le 8 octobre, à 11 heures du matin, le verdict du jury est rendu. Il y a acquittement général. Mme Leclerc n'en a pas moins *fait 5 mois de prison préventive* ! et à 2 heures du matin, le premier jour, le juge d'instruction l'a fait renfermer, à la prison de Cherbourg, dans le cachot où avait été placé *Auber*, cet assassin qui avait déposé à la gare de Couville le cadavre de sa victime contenu dans une malle et qui y fut arrêté en venant la réclamer. Mme Leclerc y est restée trois jours, au secret, ne pouvant voir ni sa famille, ni sa fille, âgée de 13 ans ! Elle a perdu au moins 5.000 fr., sans parler du préjudice fait à sa considération ! Le juge d'instruction qui a présidé à l'affaire vient d'être nommé Juge à la Cour de Rouen, c'est une récompense sans doute.

Veuillez agréer, etc.

REPORTAGE MÉDICAL

Les médecins de l'assistance médicale et la taxe sur les vélocipèdes. — M. le Dr Léon Petit a bien voulu compléter, par les lignes ci-dessous, écrites à propos de la demande d'un confrère, les renseignements que nous donnions sur ce dégrèvement, au n° 40 du journal.

Par circulaire ministérielle sous le timbre de l'administration départementale et communales, en date du 30 juillet 1897, les Préfets sont avisés d'avoir à adresser aux directeurs des Contributions directes la liste nominative des agents affranchis de la taxe sur les bicyclettes en vertu de l'article 10 de la Loi du 28 Avril 1893.

Parmi ces agents figurent les médecins du service de l'Assistance Médicale. Et votre correspondant se trompe en disant que, s'il en est ainsi, tous les médecins se trouvent affranchis de la taxe. Il est possible qu'il en soit ainsi dans sa région, mais il ne faut pas généraliser.

Si M. J. a été imposé, il doit d'abord payer et demander la détaxe par la voie habituelle, et pour l'avenir il doit demander à la préfecture son inscription sur la liste de dégrèvement.

Les Médecins inspecteurs des enfants du premier âge ne sont pas désignés dans la circulaire sus-indiquée. L'oubli paraît peu important, car il sont tous ou presque tous médecins de l'Assistance Médicale gratuite.

Veuillez agréer, etc.

Dr Léon PETIT,
Contrôleur de l'Assistance médicale
au Ministère de l'intérieur.

Alcaloïdes français et allemands. — Grâce aux droits sur les matières premières et sur l'alcool employés à la fabrication des drogues, les industriels français ont renoncé à fabriquer des alcaloïdes. Pour fabriquer 1 kilogramme de morphine, il faut 10 à 12 kilogr. d'opium, le fabricant français paie des droits très élevés sur l'entrée de l'opium et sur l'alcool (produits exempts de tout droit en Allemagne). Ainsi, avant d'avoir commencé la fabrication de la morphine, le pharmacien français a d'avance près de 100 fr. de droits et de plus-value de main-d'œuvre ; aussi ne vend-on pas en France un gramme de *morphine française*. Le chimiste français paie 56 fr. de droits sur la quantité de thé nécessaire à la fabrication d'un kilogramme de caféine, sans compter les droits sur l'alcool. Aussi tous les alcaloïdes (exception faite pour ceux qui peuvent se traiter sans alcool et ceux prescrits à doses minimes) se tirent d'Allemagne. (Société de thérapeutique, séance du 13 octobre 1897.) (1)

— On vient de nommer, à la préfecture de la Seine, le directeur des ambulances urbaines de la ville de Paris, avec le titre d'inspecteur général adjoint de l'assainissement, aux appointements de 6.000 fr.

Les candidats étaient nombreux, comme toujours. M. Marcel Baudouin, membre de la commission extra-municipale des ambulances, auteur du projet bien connu des *Ambulances des prompts secours*, des avertisseurs d'accidents adoptés en 1897, par le Conseil municipal, était tout désigné par ses travaux spéciaux et sa notoriété.

C'est M. Henri Thierry, docteur de 1891, qui a été désigné pour ce poste important. Ce jeune confrère est-il aussi, sans le savoir, de la race des *Coucous* ?

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4212.— M. le docteur Avrilleaud, de Royan (Charente-Inférieure), membre du Syndicat de la Seudre.

N° 4213.— M. le docteur Brulard, de Dijon (Côte-d'Or), membre de l'Association des médecins de la Côte-d'Or.

N° 4214.— M. le docteur Brion, de Meaux (Seine-et-Marne), présenté par le Directeur.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Esnault, de Marans (Charente-Inférieure), Reybert, de Saint-Claude (Jura) et Bégain, de Roquebrussane (Var), membres du « Concours Médical ».

(1) *Lyon médical.*

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.
Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année | N° 50 | 11 Décembre 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le Sou médical.

L'élan de solidarité, qui vient de consoler et de réhabiliter le Dr Laporte, a frappé d'admiration tous les amis de la profession médicale et, aussi, d'étonnement et d'inquiétude, ceux qui s'habituaient à tomber sur nous en exploitant nos minuscules querelles.

Ce fut, sans doute, un spectable agréable ; mais le « *Concours médical* » y trouve surtout une leçon.

Dans la grande journée du 14 novembre, qui comptera parmi les meilleurs de son histoire, notre Société s'est préoccupée de rendre permanente cette intime solidarité qui ne brillait que par éclats, à intermittences lointaines : elle a créé, pour cela, avec un enthousiasme qui ne doit plus se démentir, une *Ligue de protection et de défense professionnelle*, dont l'activité sera de tous les instants, et se portera sur tous les terrains.

Elle a voulu que cette œuvre fût ouverte à nous tous, sans exception, et, dans ce but, elle l'a basée sur la cotisation que s'imposent les plus modestes partisans de la prévoyance et de la mutualité, le *Sou quotidien*. Praticiens, c'est-à-dire ouvriers de la Science, nous n'avons pas reculé devant l'humilité du titre, car elle seule permettait d'y inscrire l'égalité du droit à la protection, et le devoir, pour chacun, de passer des lamentations stériles et isolées, à l'action collective efficace, générale et constante. A nos adversaires coalisés, nous opposons l'arme avec laquelle certains nous ont fait tant de mal : le sou mis en commun, pour soutenir les luttes de tout genre, reconnues d'utilité commune.

Au premier coup de clairon donné à l'Assemblée générale, l'assistance entière s'est rangée comme un seul homme sous le drapeau de la croisade, et les adhésions ne cessent d'arriver depuis.

Tous ceux qui ont sympathisé avec Laporte, l'un des premiers inscrits à l'œuvre, tous ceux qui se passionnèrent pour le mouvement provoqué et entretenu par le Concours depuis bientôt vingt ans ; tous ceux qui ont pensé à leurs vieux jours, aux embarras de la maladie, au dénûment des veuves et des orphelins, et sont venus à nos institutions de prévoyance, vont s'enrôler des premiers, c'est évident, et organiser la propagande la plus active. Ils comprennent, du premier coup, l'importance des deux questions ainsi posées : « *Qui veut, moyennant un sou par jour, être protégé, dans toute la mesure possible, contre les mésaventures imprévues et imméritées auxquelles est exposée notre profession ?* »

Et qui désire en même temps, profiter des services divers « que pourra rendre un fonds commun « représenté par des sommes sérieuses à dépenser « annuellement ? »

Ce serait leur faire un reproche que de prévoir dans leurs rangs l'abstention ou la désertion, car ils sont des fanatiques de l'esprit de corps et en ont fourni des preuves de toute éloquence.

A tous ceux-là, sans crainte de refus, nous donnons donc rendez-vous pour le 1er janvier, afin de partir en masse compacte. Et pour former les cadres du *Sou médical*, aux membres du Concours et de ses Œuvres, nous réclamons d'urgence le bulletin d'adhésion, joint au n° 48 du journal.

Le Comité de Direction.

LA SEMAINE MÉDICALE

Expériences de M. le professeur Pinard, sur les blessures vésicales pendant la crâniotomie.

Poursuivant, avec autant de science que de persévérance, les recherches destinées à prouver l'innocence absolue du Dr Laporte, M. le professeur *Pinard* vient de publier, de concert avec les Drs *Albarran* et *Varnier*, les résultats de ses expériences sur les blessures vésicales produites dans les craniotomies.

Les expérimentateurs, assistés de MM. *Dastre*, *Lapique*, *Wallich*, *Paquy* et *Fieux*, ont employé une aiguille à matelassier de 21 centimètres et demi de long sur cinq millimètres de large, et ont essayé de reproduire sur des chiens et des chiennes de forte taille, les perforations circulaires vésicales de 2 centimètres, reprochées au Dr Laporte.

Ces expériences ont été faites sur le chien, parce que la vessie de cet animal ressemble beaucoup à celle de l'homme.

Voici, très brièvement, le compte rendu de ces expériences. En le publiant nous n'avons d'autre but que de donner, à ceux qui veulent être éclairés, l'envie de voir de leurs yeux ce que M. Pinard a vu lui-même. Aucune description ne saurait remplacer cette leçon de choses.

N° 1. 26 octobre 1897. — Chien de 24 kilogs.

L'animal étant chloroformé, étendu sur le dos, longue incision abdominale médiane, allant d'un travers de main au-dessus de l'ombilic au pubis (la verge déviée à gauche).

La vessie, naturellement distendue, du volume des deux poings, est amenée aisément hors du ventre, maintenue et fixée par les mains d'un aide. On la transperce d'outre en outre, à son équateur, par un coup droit d'aiguille de matelassier aussitôt retirée. Le jet d'urine qui jaillit par les deux orifices de ponction, et qui a le volume du manche de l'aiguille, diminue presque instantanément de longueur et de calibre, devient filiforme ; au bout de quelques instants l'urine ne s'écoule plus qu'en bavant, puis tout écoulement s'arrête. La vessie reste distendue.

En examinant la face péritonéale de la vessie, on ne retrouve plus trace de la ponction.

La même expérience de double perforation par coup lancé est répétée en 5 autres endroits. Même résultat.

Le chien est alors sacrifié. La vessie est sectionnée transversalement au niveau de son col, puis retournée comme un gant. Il n'y a pas trace de *perforation* ; on ne peut trouver dans la paroi le moindre *trou*. Les ponctions ne se reconnaissent qu'à une petite tache ecchymotique de la muqueuse ayant 2 *millimètres dans son diamètre maximum* et dont l'aspect est celui d'une piqûre de sangsue. La muqueuse présente en ce point une excoriation à peine visible.

La pièce a été laissée sous cloche pendant 3 jours, jusqu'à ce que la putréfaction fût avancée. Les caractères objectifs des lésions n'ont pas varié.

N° 2. 26 octobre 1897. — Chien de 34 kilogs.

Même dispositif que précédemment.

Vessie naturellement distendue ayant le volume d'une tête de fœtus à terme.

On la transperce une première fois d'outre en outre, d'avant en arrière ; avant de retirer l'aiguille on lui imprime un mouvement de giration très étendu, « comme pour creuser un trou dans le sable ».

On la transperce une seconde fois d'un côté à l'autre ; avant de retirer l'aiguille, on lui imprime des mouvements de scie.

On la ponctionne enfin en croix, au sommet, à l'aide d'une lame de bistouri de 7 millimètres.

L'animal étant sacrifié, la vessie extraite est retournée comme ci-dessus : on constate qu'en aucun point, on ne voit de *perforation* de la paroi.

Les ponctions d'aiguille ne se reconnaissent qu'à l'ecchymose et à la petite déchirure muqueuse qui en occupe le centre et mesure 3 *millimètres* dans son diamètre maximum.

La plaie cruciale du fond, qui n'est pas béante non plus, se reconnaît seulement à une plaie muqueuse de 5 *millimètres* de long.

L'état cadavérique n'a pas modifié l'aspect des lésions.

N° 26 octobre 1897. — Chien de 40 kilogs.

Vessie vide.

Trois ponctions sont faites.

Une par coup lancé.

Une par mouvement de giration en fixant la pointe.

Une par mouvement de bascule en fixant le manche.

Même résultat que dans la précédente expérience.

La vessie, fixée sur un robinet donnant une pression de deux atmosphères, tient l'eau.

N° 4. 27 octobre 1897. — Chien de 39 kilogs.

La vessie, artificiellement distendue (volume du poing), est perforée.

1° De dehors en dedans avec la *pointe du perforateur* cylindro-conique annexé au manche du forceps de Levret et dont le diamètre maximum est de 7 *millimètres*.

2° D'outre en outre, aller et retour, avec *le manche* de ce perforateur qui mesure 2 *centimètres de large sur* 6 *millimètres d'épaisseur*.

L'animal étant sacrifié et la vessie préparée comme il est dit ci-dessus, on ne trouve comme traces de ces traumatismes :

1° Pour le perforateur, qu'une déchirure ecchymotique de la muqueuse ayant l'une 8 *millimètres* et l'autre 9 *millimètres*.

L'état cadavérique n'a pas modifié l'aspect des lésions.

N° 5. 27 octobre 1897. — Chienne de 28 kilogs.

On fait, par le vagin, sous le contrôle de l'œil et du doigt (la vessie étant d'abord exposée par laparotomie), deux perforations brutales, toutes deux vagino-vésicales et vésico-péritonéales.

L'une est faite par un simple coup lancé.

L'autre avec l'aiguille qui, après avoir traversé la vessie, est fixée de la pointe et animée de mouvements de giration, de scie et de bascule.

L'animal ayant été sacrifié, on enlève avec précaution, par dissection soigneuse, « l'utérus et ses annexes y compris la vessie, la cavité vaginale et l'extrémité du rectum ».

Le tout est préparé avec le plus grand soin. C'est M. Albarran qui opère.

On voit alors :

A 1 centimètre en arrière et à gauche de l'uretère gauche une ecchymose muqueuse ovalaire ayant 3 *millimètres* dans son plus grand diamètre ; c'est tout ; il n'y a pas de perforation visible, de trou dans la paroi.

En arrière et à un demi-centimètre de cette ecchymose punctiforme, se trouve une excoriation de la muqueuse sans perforation visible de la couche musculaire. La déchirure de la muqueuse est quadrangulaire ; son diamètre maximum est de 3 *millimètres.*

En arrière de l'uretère gauche et à 2 centimètres 1/2 de cet orifice, ecchymose portant à son centre une déchirure muqueuse irrégulière de 2 *millimètres.*

Au sommet de la vessie, près de l'insertion de l'ouraque, petite ecchymose de 2 *millimètres* ayant à son centre un point plus rouge qui marque l'endroit où la muqueuse a été déchirée.

Nulle part, même en étirant la paroi, on n'aperçoit de trou perforant toutes les couches de la vessie.

Dans le vagin, on retrouve les points d'entrée de l'aiguille : 2 déchirures de la muqueuse dont la plus grande mesure 3 *millimètres sur* 5, c'est-à-dire juste les dimensions de la partie renflée de l'aiguille. Pas de perforation visible.

L'état cadavérique n'a pas modifié l'aspect des lésions.

N° 6. 27 octobre 1897. — Chienne de 38 kilogs en lactation.

La vessie, mise à découvert par laparotomie médiane, a le volume d'une orange.

Elle est perforée brutalement et d'outre en outre à l'aide d'une aiguille introduite par le vagin ; puis l'aiguille agissant comme un levier, est manœuvrée dans le sens du plat et des bords, afin de dilacérer les parties au maximum.

Pas une goutte d'urine ne s'écoule par l'orifice péritonéal situé à la face postérieure, à mi-chemin du col et du sommet ; il se fait seulement sous le péritoine une boule d'œdème de la grosseur d'une noisette.

La vessie est remise en place. On enlève une rondelle sur une anse d'intestin grêle, afin de permettre l'écoulement des matières fécales dans le péritoine et on renferme le ventre.

Nous espérions que la péritonite tuerait cette chienne dans les 48 heures. Le 8 novembre elle vivait encore. Elle fut alors sacrifiée, et son autopsie faite le 9.

Il y avait de la péritonite suppurée juxta-vésicale, enkystée dans la fosse iliaque droite, au voisinage immédiat de l'anse intestinale perforée. Le foyer de péritonite enkystée et la face latérale droite de la vessie étaient unis par des adhérences solides qu'il fallut détruire avec des ciseaux. Lorsque la vessie, qui était vide, fut libérée, on l'injecta par l'urèthre jusqu'à lui donner le volume d'une orange. Pas une goutte de liquide ne s'écoula dans le péritoine. La vessie était absolument étanche.

Les organes ayant été enlevés, comme précédemment, il fut impossible de retrouver dans le vagin et sur la muqueuse vésicale la *moindre trace* des perforations produites le 27 octobre.

N° 7. 10 novembre 1897. — Chienne de 12 kilogs.

La vessie, ayant le volume d'une poire de moyenne grosseur, est traversée d'outre en outre par le *perforateur, le manche et la cuillère* (5 *centim. de diamètre maximum*) *du forceps de Levret.*

Cet énorme traumatisme produit dans la paroi vésicale deux perforations circulaires sur la vessie non distendue ; *l'une et l'autre ont* 5 *millim. de diamètre.* A leur niveau la muqueuse présente une déchirure ecchymotique à bords mâchés, ovalaire, dont le diamètre maximum est pour l'une des perforations 14 millimètres et pour l'autre 18 millimètres. Tous les médecins savent depuis longtemps que, pour introduire l'index dans une vessie, il faut faire une *incision* de 4 centimètres environ.

Ces expériences ont été répétées, en public, le vendredi 12 novembre 1897, à l'amphithéâtre de la clinique Baudelocque.

Conclusions. — A la question ainsi posée : « Est-il possible, avec une aiguille de matelassier de 21 centimètres et demi de long introduite par le vagin ou l'utérus, de déterminer des perforations vésicales qui, la femme ayant vécu trois jours, présentent à l'autopsie les caractères suivants : linéaires, quand on tend un peu la paroi, mais restant au contraire béantes et à peu près circulaires quand la paroi est relâchée, mesurant deux centimètres de longueur ? » on peut répondre : « La physiologie, la clinique, les opérations pratiquées sur l'homme, ainsi que l'expérimentation sur les chiens démontrent que cela n'est pas possible. »

LA PETITE ÉLECTROTHÉRAPIE

à la campagne.

Nous sommes persuadés que l'électricité, appliquée dans de bonnes conditions, pourrait rendre de très grands services aux praticiens, même non spécialistes, et nous venons d'engager M. le Dr Baraduc, dont personne ne peut contester la compétence en cette matière, à nous donner chaque mois un article pratique sur cet intéressant sujet. Il s'est mis très aimablement à notre disposition, non seulement pour cette publication, mais encore pour répondre aux questions des confrères lecteurs du *Concours*, qui seraient personnellement embarrassés et pour traiter, au besoin, les cas trop spéciaux qu'ils jugeraient plus urgent de lui adresser.

N. D. L. R.

La petite électrothérapie à la campagne doit être facile dans son exposé, pratique dans ses moyens et utile au médecin comme au malade.

En effet, à part quelques centres, l'électrothérapie n'offre pas de réelles facilités d'application dans toutes ses nombreuses données, et pour plusieurs raisons.

Il s'agit d'abord des appareils qui se transforment constamment, deviennent donc d'un maniement trop délicat, et qui, une fois détério-

rés, restent entre les mains comme une arme sans munitions.

Pour obvier à cette difficulté, on peut répondre que le choix d'un appareil doit porter sur le plus simple, sur celui qui présente des qualités de durée, de forme, de transport, d'usage faciles.

Je crois donc qu'à peu de frais nos confrères pourront se procurer une petite batterie à courants continus ou un simple appareil faradique, avec lesquels ils pourront faire dans des cas très précis d'application, au fond de la campagne d'excellente petite électrothérapie, comme avec une simple trousse, ils font de très bonne petite chirurgie.

On pourrait objecter que la tentative faite actuellement n'a pas sa raison d'être, vu que ni médecin, ni malade n'ont le temps ou le moyen d'y recourir.

On pourrait répondre, d'autre part, que les pratiques hydrothérapiques, telles que le drap mouillé, les affusions, les douches à domicile avec le seau-arrosoir, ont bien été acceptés, et font leurs preuves ; pourquoi n'en serait-il pas de même de quelques pratiques électrothérapiques ?

Le confrère pourrait, en effet, ne mettre entre les mains du malade que de petits appareils d'une action déterminée, d'une faible tension ou quantité, dont le dosage thérapeutique facile fût une cause de tranquillité pour le médecin, qui ne pourrait surveiller ou faire lui-même l'application.

Il est toujours préférable de faire deux séances un peu longues, faibles et bien supportées, qu'une courte forte, qui fatigue. La susceptibilité individuelle est le meilleur galvanomètre.

Il faut bien le dire, je crains que la question ne se complique du côté médical d'un manque de technique opératoire et d'indications dans l'application ; faute de quelques conseils pratiques bien précis dans des cas donnés, je crains que bien des confrères ne renoncent aux moyens que l'électricité leur met en mains ; pour ma part, j'en sais plusieurs qui m'ont été reconnaissants de quelques notions fournies, accompagnées d'un petit schéma explicatif.

Pour le médecin, il ne s'agit pas de posséder toute la science électrothérapique, ni un arsenal complet, mais d'avoir quelques notions précises à appliquer dans quelques cas donnés ; or, il peut y arriver facilement par la lecture de quelques articles bien nettement écrits ; il lui suffira donc de posséder un simple appareil à courants continus et à courants interrompus ; avec une installation d'une centaine de francs comme instruments qu'il connaîtra bien comme maniement, application et action appropriée ; il pourra agir dans des maladies nettement tranchées comme les dyspepsies, affections nerveuses, hystérie, chorée, neurasthénie, rhumatismes, défauts nutritifs, etc.

Quant au malade, il ne semble pas réfractaire à cette pénétration de la médication dynamique qui vient se joindre aux effets du grand air et du beau soleil.

Après les battages et les semages, le paysan surmené, mal nourri, mal abrité s'anémie et les femmes surtout sont atteintes « d'estomacs décrochés, de chutes intestinales et utérines ».

Il y a une réelle neurasthénie dans les champs comme à la ville, due à l'excès de fatigues, au défaut de nourriture, à l'intempérie hivernale. Quel beau champ pour l'électrothérapie !

Dans un petit village où la chasse me poussait en vacances, je me suis fait un noyau de sympathies, grâce à une petite boîte faradique qui vint en aide aux entéroptoses, rhumatismes et froidures de ces campagnards qui ne font venir le médecin que pour la fièvre, et vont souvent frapper à d'autres portes plus mystérieuses.

Le paysan n'est donc pas hostile à l'idée que j'émets. La vue des résultats obtenus a donné naissance à la pensée qui prend son essor actuellement : *La petite électrothérapie des campagnes, utile et pratique pour le médecin et le malade.*

Les affections gastriques, intestinales, neurasthéniques étant celles qui ont été la cause pour ainsi dire de cette petite chronique, je commencerai par elles. Après le sang, la vie s'en va des campagnes, après l'anémie, la neurasthénie. Or, la vie c'est de la force, et avec le soleil, l'électricité est le plus apte à rendre à l'organisme épuisé mouvement et vigueur ; mes études sur le vitalisme m'ont permis de tirer cette conclusion, expérience et observation en main.

L'homme est un accumulateur qu'il faut recharger doucement ; il faut donc que l'électricité pénètre ses tissus, s'assimile et s'y condense sans secousse, ni heurt ; elle doit, pour ainsi dire, être bien digérée, afin de faire corps avec le composé humain, en vue des transformations constantes à y opérer.

Je commence par la reconstitution du réflexe gastrique, par la galvanisation du pneumogastrique, qui n'exige qu'une faible pile à courants constants.

GALVANISATION DU PNEUMOGASTRIQUE DANS LES CAS DE DYSPEPSIES ANACHLORHYDRIQUES ; RÉTABLISSEMENT DU RÉFLEXE CHLORHYDRO-PEPSIQUE.

Dans le livre, *Chimisme stomacal*, de MM. Hayem et Winter où la formule chimique de la sécrétion gastrique est établie, l'hypopepsie est définie en ces termes : *Affaiblissement du travail stomacal caractérisé par une diminution de la chlorurie et de la chlorhydrie.*

Dans cette affection, le résultat définitif, au point de vue du chimisme stomacal, est que l'acide chlorhydro-pepsique est diminué, que les acides libres lactiques ou sarco-lactiques soient ou non augmentés.

Voyons ce qu'est ce travail physiologique diminué, et en quoi consiste son relèvement par la galvanisation.

La fonction digestive normale a lieu à l'heure habituelle des repas ; elle se produit d'une façon intermittente. Les auteurs, dans l'étude de la digestion, ont surtout étudié le résultat chimique acquis, c'est-à-dire de la sécrétion par la muqueuse d'un suc gastrique normal, destiné à transformer en peptones les matières albuminoïdes ; ils se sont moins attachés au phénomène dynamo-mécanique de l'acte chimique.

Richet a démontré que l'acide chlorhydrique se produit sur le revêtement épithélial de la muqueuse par réaction de l'oxygène sur le chlore des cellules superficielles, tandis que la pepsine se produit par la fonte profonde des cellules tubulaires chargées de matières propeptogènes (Frerichs).

Fick démontre, il est vrai, que le travail est *intermittent*: à jeun, l'estomac normal ne contient pour ainsi dire pas de suc gastrique.

Hayem établit la valeur digestive durant le travail et montre que les nerfs qui vont au centre gastrique du réflexe, comme au centre lui-même, ont une action sur leur fonctionnement ; la physiologie en a esquissé les principales particularités. Dans un tout autre ordre d'idées, j'ajouterai que mes études biométriques, basées sur l'action d'attraction ou de répulsion exercée par le corps humain sur une aiguille statique, indique pendant la digestion un mouvement vital de la force en nous vers l'estomac, si bien que la formule biométrique est attractive et d'autant plus que la fonction digestive est plus difficile.

Dans cette étude, je ne m'occupe exclusivement que de l'action des courants continus, du mode galvanique appliqué extérieurement sur le trajet du pneumogastrique en ses points de l'estomac, au cou et à l'épigastre, pour stimuler ou modifier le travail dynamo-vital, dont l'expression chimique matérielle est une sécrétion normale du suc gastrique.

On comprendra d'autant mieux la logique du procédé électrique agissant sur le nerf pneumogastrique, que l'on sait combien sont intimes les relations physiologiques entre le système nerveux et la sécrétion d'un suc gastrique normal. Comme, avant tout, cette sécrétion dépend elle-même d'une action réflexe nerveuse exercée par l'appareil gustatif à distance ou par le contact direct des substances azotées sur la muqueuse, on comprend qu'il est d'une bonne et saine thérapeutique, d'agir sur les nerfs de ce réflexe ou sur lui-même, sur son centre, au cas si fréquemment observé où le mécanisme du réflexe a besoin d'être remonté pour ainsi dire.

La galvanisation du pneumo-gastrique agit en mettant pour ainsi dire en valeur physiologique le nerf lui-même que les physiologistes ont montré être en rapport surtout avec le côté digestif du plexus gastrique, par son action sécrétante sur la muqueuse. Elle a, de plus, une action antispasmodique d'interférence ou d'arrêt sur les phénomènes musculaires et spasmodiques réflexes éloignés, comme dans les cas de vomissements incoercibles au cours de la grossesse ; les vomissements nerveux sont bien mieux traités et guéris par la galvanisation au cou, que par les autres moyens, y compris les inhalations d'oxygène et souvent on a évité grâce à la galvanisation l'accouchement prématuré. Apostoli, Larat, Gautter ont cité des observations.

Cette action antispasmodique est bien mise en relief dans l'observation que je citerai plus loin, tout en faisant ressortir l'origine émotive et psychique des vomissements incoercibles qui furent guéris par la galvanisation du pneumogastrique. Le fait nouveau personnel et la méthode consécutive que je décrirai peuvent se résumer en ces mots : *La galvanisation des pneumo-gastriques faite au cou et surtout au cou et à l'estomac, immédiatement après le repas, lorsque la digestion est lourde et difficile, amène le rétablissement du réflexe digestif, du réflexe sécréteur chlorhydropepsique ; elle provoque la digestion qui s'annonce par une éructation caractéristique*, pourvu que le *pneumo*-gastrique ne soit pas atteint ou les glandes *tubulaires atrophiées*.

Elle est donc par elle-même, une nouvelle méthode curative du symptôme de *l'hypopepsie fonctionnelle simple*, et vient en aide, d'une façon remarquable, au retour de la fonction gastrique dans les affections de l'estomac tant nerveuses que parétiques et surtout dans les formes chroniques, mais toujours dans le rapport : 1° de la vitalité du nerf et 2° de la recharge peptonique des cellules glandulaires.

MODE D'APPLICATION.

Après examen de l'estomac, des nerfs *pneumogastriques* chez le malade hypopeptique auquel on a fait prendre du bouillon délayé avec de la poudre de viande, du jus de viande ou un repas léger, suivant le cas, le pôle positif est mis au cou dans l'espace intermédiaire aux deux branches du sterno-mastoïdien ; suivant le point visé, le pôle négatif est porté du cardia au pylore pendant 10, 15, 20, 30 minutes jusqu'à effet produit, sans jamais dépasser 4 ou 5 milliampères ; le courant doit être toujours *progressivement ouvert, débité et fermé*, afin d'éviter par une brusque cessation la production d'extra-courant de rupture.

PHÉNOMÈNES ÉPROUVÉS PAR LES MALADES PENDANT LA SÉANCE.

L'hypopeptique vient de manger sans appétit, il éprouve une sensation de céphalée, une plénitude gastrique, rien ne passe et ça ne va pas ; il est tout absorbé par la difficulté du travail digestif, il est abîmé dans son estomac, l'hypopepsie simple étant la résultante de la non production du réflexe digestif. Cherchons, par la galvanisation pneumo-gastrique, à rétablir le réflexe chlorhydro-pepsique. Le malade accuse dès lors une diminution de *son estomac de plomb*, c'est moins lourd, dit-il. Au bout de quelques minutes, ça va mieux; au bout d'un quart d'heure, je crois que ça passe, puis c'est passé à la suite d'un rot indicateur du travail digestif complètement établi. Cette éructation sur laquelle j'insiste comme indication du chimisme stomacal bien établi, est d'une observation fréquente. Hippocrate l'a signalée depuis longtemps, les Arabes la pratiquent en guise de gratitude gastrique. Si le malade s'excuse au début, quand il a appris et constaté la connexion digestive et la production du bruit, il aspire de lui-même après ce rot « *bienfaisant* », indice de sa digestion ; car il est suivi d'un mieux général, d'un allégement total, de la disparition de la lourdeur de tête et, à la longue, d'une amélioration des autres symptômes. Il reprend alors sa personnalité. J'ai remarqué, en outre, une diminution dans les accès de migraine et j'ai l'habitude d'agir sur le pneumogastrique *droit* lorsqu'il y a simultanément migraine droite, congestion hépatique et dyspepsie anachlorhydrique.

La mise au cou du tampon positif amène une certaine rougeur sur la peau due à la pénétration du courant.

Celui-ci, placé entre les deux branches du sterno-mastoïdien, exerce son action sur le pneumo-gastrique et par voisinage sur le nerf phrénique et le ganglion cervical inférieur. *Ces actions de voisinage* sont à signaler, car par leur répétition, elles ont été le point de départ de recherches sur la sédation des palpitations du cœur par l'excitation du pneumo-gastrique et de phénomènes de sédation du système cérébral

postérieur, amenant le sommeil (j'ai plusieurs observations à cet égard).

En résumé, dès que le courant se débite, le malade se calme, son oppression, ses palpitations diminuent, son cœur baisse de quelques pulsations, il s'endormirait volontiers, et sa poitrine respire plus facilement, tandis que la fonction gastrique, le réflexe chlorhydro-pepsique, se rétablit, que *ça passe*, qu'il éructe et se sent beaucoup mieux.

Du côté de l'estomac, la surface de la peau est un peu plus rouge que celle du cou.

Dans le cas où l'anachlorhydrie est accompagnée d'une très faible atonie des parois musculaires, il peut y avoir une légère diminution de la capacité stomacale, mais qui ne sera jamais pareille à celle obtenue par la faradisation épigastrique ou intra-stomacale faite à vide en dehors des repas, avec le fil gros, sur un estomac forcé.

Dans les cas où la dilatation est complète, qu'il y a hypersécrétion gastrique, production d'acide lactique et fermentation bacillaire, la galvanisation aura bien moins de chances, quoique je l'ai vue être l'unique ressource digestive pour certains estomacs atteints de gastrite rhumatismale alcoolique et sûrement syphilitique.

Jusqu'où peut-on aller au point de vue de la production du réflexe chlorhydro-pepsique par la galvanisation ? Toute excitation finissant par se transformer en action paralysante ?

Je ne crois pas, d'après ce que j'ai vu souvent, que chez un malade non en voie d'asystolie, on puisse craindre d'employer la méthode que je décris ; elle est donc applicable chez toutes les personnes à cœur sain ; elle régularise les cardiopathies surtout chez les névropathes cérébro-cardiaques.

Au point de vue purement gastrique évidemment, il y a une question de personnalité qui doit faire de la galvanisation progressive, une loi d'application, mais je ne crois pas que, progressivement, atteindre 15 ou 30 minutes de séance puisse amener des résultats fâcheux que je n'ai jamais rencontrés, en observant cette règle et en ne faisant qu'une seule séance par jour ou même tous les deux jours *après le repas*.

Ces préceptes ont trait aux doses électriques maxima, si je puis m'exprimer ainsi.

Comme le mouvement vital, le molimen normal de l'estomac, cet acte de préparation aux repas, à la digestion qui se traduit par le besoin de manger, se fait au moins deux fois par jour ; il n'y a pas d'inconvénient, il n'y a qu'avantage à pratiquer la galvanisation *post prandiale*, progressivement graduée, après les deux repas, pour aider à la digestion durant 5 à 10 minutes, à la dose de 4 milliampères au maximum. Je l'ai pratiquée avec succès trois fois par jour.

L'on reste ainsi dans les conditions de la vitalité physiologique que l'on aide et sans la pousser par trop loin, elle devient aussi l'adjuvant physiologique normal de la digestion.

Cette pratique modérée graduée et continue refait de plus, la rééducation physiologique de l'organe perturbé dans son réflexe chlorhydropepsique qu'il rétablit dans les conditions de possibilité relatives :

1° A l'état de la paroi stomacale ;

2° De la recharge pro-peptonique des glandes tubulaires, le trouble fonctionnel précédant le plus souvent la transformation organique de la paroi stomacale.

Il faut, en effet, considérer non seulement l'éréthisme gastrique à produire, c'est-à-dire la *chlorhydrie*, mais encore se rappeler que l'*hypopepsie* est un affaiblissement du travail chlorurique du sang, et que ce dernier doit posséder en quantité voulue les chlorures, comme les prépeptones que lui assure l'ingestion des substances azotées, dextrines, bouillon, café, etc.

J'ai, pour ma part, observé la réalité des déductions fournies par cette théorie de la prépeptonisation et recommande un premier repas dans du bouillon salé, l'ingestion de poudre de viande, alors que la galvanisation sera appliquée plusieurs heures après un *repas galvanique*.

En résumé : 1° Préparer un sang riche en chlorure de sodium et en matières aptes à fournir de la pepsine à l'estomac ;

2° Rétablir chez les hypopeptiques, par une excitation douce et progressive du pneumo-gastrique, *la fonction du réflexe chlorhydro-pepsique*, telle est la méthode galvano digestive que j'ai instituée et qui m'a donné de réels résultats pendant l'acte du chimisme stomacal, mais toujours en rapport avec la valeur organique de l'estomac.

Je me réserve de revenir, dans une autre étude, sur le traitement destiné à la seconde phase de la digestion, celle du retour des parois stomacales sur elles-mêmes, une fois l'acte chimique accompli, pour lutter contre ces cas de gastrorrhées, de boulimies dus à la continuité de la sécrétion gastrique, affection opposée à celle dont je me suis occupé aujourd'hui, l'*Hypopepsie*.

Je poserai un instrument, qui tout en activant l'ensemble du travail digestif, tend à fermer l'estomac à mesure qu'il se vide de son produit normalement élaboré. C'est ce que j'ai appelé la *Douche stomacale électro-magnétique chaude*, qui est la médication rationnelle de l'atonie stomacale, assurant son chimisme et son retrait dans un grand nombre de cas.

Dans les cas où le résultat n'est pas obtenu et où la dilatation gastrique tend à se produire, il faut recourir à une autre méthode s'adressant non plus au *pneumo-gastrique*, mais au *plexus solaire* et *aux splanchniques* en employant non plus la *galvanisation*, mais la *faradisation au fil gros*, non plus *pendant la digestion*, mais après, l'*estomac étant vide ou évacué*.

Dr H. Baraduc.

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

Le traitement de l'endocervicite,

Par le Dr Paul Petit.

Par endocervicite il faut entendre l'inflammation localisée à la muqueuse intracervicale. Je n'ai donc l'intention d'envisager, dans cette causerie, ni les ulcérations et pseudo-ulcérations de la surface vaginale du col, ni l'endométrite corporéale, ni la métrite parenchymateuse.

On a déjà prôné bien des topiques pour le trai

tement de l'*endocervicite.* J'ai successivement employé, pour ma part, la créosote, la teinture d'iode, le perchlorure de fer dilué, les solutions de chlorure de zinc, de nitrate d'argent, le naphtol camphré, la glycérine à l'airol, etc., etc., et je reviens encore le plus souvent à la créosote, en donnant la préférence à la créosote de houille sur la créosote de hêtre.

Mais le choix du topique, pour qu'il soit franchement antiseptique, tout au plus cathérétique et non caustique, importe certainement beaucoup moins que la façon de l'appliquer.

I. Pour la métrite aiguë puerpérale, il faut courir au plus pressé, et le topique ne fait que compléter l'action de la curette.

II. L'endométrite blennorrhagique n'est jamais, tout d'abord, qu'une endocervicite. Il faut se garder, *à la phase aiguë*, de la traiter trop activement, de peur d'ouvrir au gonocoque les sphincters isthmiques du corps utérin et de la trompe ou le réseau lymphatique ; le repos, les injections antiseptiques, sous faible pression et pas trop chaudes, le tamponnement antiseptique du vagin, quelques *badigeonnages* intracervicaux avec une solution de nitrate d'argent à 1/40 ou de permanganate à 2 ou 3 %, badigeonnages faits d'une main légère et en veillant à ne pas forcer l'orifice interne, voilà ce qu'on peut faire.

III. A la phase chronique, si les écoulements ne sont ni trop denses, ni trop abondants, les *badigeonnages* antiseptiques peuvent même suffire et l'on est autorisé à user de topiques plus actifs, comme la créosote pure, par exemple, qui a une grande puissance de pénétration, et ne détermine jamais qu'une eschare molle et très superficielle. *Mais il faut rejeter absolument tous les agents capables de provoquer des phénomènes de sclérose dans le corps musculaire.* Je n'insisterai pas sur les crayons Dumontpallier, de sinistre mémoire, supposant l'opinion du praticien actuellement bien établie à leur égard. Mais j'ai également en vue, même en applications passagères, les solutions caustiques fortes, qui certainement peuvent tarir assez rapidement l'écoulement, mais sont presque toujours suivies au bout de 5 à 6 mois, de phénomènes de dysménorrhée. Ainsi ne suis-je pas partisan, pour l'avoir mis à l'épreuve, d'un procédé encore très préconisé en Allemagne, procédé dit de Bröse ou de Rheinstadter et Fritsch et qui consiste en une application, dans toute l'étendue du canal utérin, pendant une minute et, environ tous les 8 jours, d'une solution de chlorure de zinc à 1 pour 2 d'eau. Ce procédé ne donne du reste la guérison, de l'aveu même de ses auteurs, qu'au bout de 7 à 9 semaines seulement ; or nous verrons que, dans les cas les plus rebelles, on peut arriver beaucoup plus vite à bien, par une méthode plus complexe il est vrai, mais tout à fait inoffensive. Je rejette, pour la même raison, le crayon de nitrate d'argent, quoique certainement moins nuisible, et ne suis guère disposé, jusqu'à preuve du contraire, à essayer les vapeurs d'eau chaude que M. Felizet préconise actuellement beaucoup, en France, pour la stérilisation des plaies et qui ont été utilisées depuis longtemps déjà, à l'étranger pour le traitement de la métrite. Que l'eschare soit chimique, physique ou physico-chimique, le résultat ne peut être que le même, si l'eschare est aussi profonde, les tissus ayant même façon de réagir.

Donc, pas de caustiques, mais simplement des cathérétiques.

D'autre part, il vaut mieux les employer en *badigeonnages*, avec mèches de ouate montées sur tige, qu'en *instillations.* Celles-ci sont, en effet, moins efficaces et peuvent présenter, en outre, des inconvénients petits ou grands : simples coliques utérines, phénomènes de péritonisme dus probablement au passage du liquide dans le péritoine par la trompe ; syncope, voire même mort subite. Avec les badigeonnages, rien de tout cela à craindre. Comme tiges porte-topiques, préférer aux tiges de forme hélicoïde, et rigides, ordinairement en cours, la tige de Saenger, tige plate, très mince, très flexible, permettant tout à la fois une bonne fixation de la ouate, et son remplacement facile, incapable de léser l'organe, s'accommodant très bien à sa courbure, même quand elle est déviée et, le plus souvent, sans dilatation préalable, ce qui est précieux, surtout quand la métrite est totale, et qu'on veut porter son action jusqu'au fond de la cavité utérine.

Quel que soit le cathérétique choisi, il faut faire dépendre la durée et le retour de son application, de son activité propre. Pour parler anatomiquement, il faut attendre, pour y recourir à nouveau, que l'eschare, toujours superficielle (c'est bien entendu) soit éliminée. Pour la créosote, la teinture d'iode, il faut deux jours ; pour le chlorure de zinc au 1/10, 3 ou 4 jours ; pour le chlorure de zinc, à parties égales, si l'on tient absolument à l'essayer, au moins 8 jours.

Pour l'électrolyse négative, à 30 ou 40 milliampères, deux séances par semaine, de 5 minutes chacune, seront suffisantes.

Enfin, chez la nullipare il faut employer des agents plus faibles que chez la multipare dont le col est ouvert, partant moins exposé à l'atrésie ; ou bien espacer davantage les pansements intracervicaux.

IV. — Les endocervicites à sécrétion épaisse, vitreuse, formant à la surface de l'arbre de vie et jusque dans la profondeur des glandes un véritable conduit isolateur, où se dissimulent les germes, réclament un traitement plus complexe. Avant tout, par la dilatation progressive, aidée ou non de l'éponge, il faut rendre l'intérieur du col plus facilement accessible, étaler les replis de la muqueuse et les ouvertures glandulaires. Cela fait, on peut à la rigueur essayer de simples *pansements intra-utérins à demeure,* suffisamment prolongés et répétés ; mais le résultat sera beaucoup plus rapide et plus sûr si l'on adopte la pratique suivante qui est actuellement la mienne :

1° Après 3 jours environ de dilatation, pratiquer le curettage utérin.

Le curettage, à cette période de son histoire où toute opération est bonne à tout, guérissait, disait-on, et comme par enchantement, toutes les métrites. Mais nous savons actuellement qu'il n'en est rien. Toute-puissante, ainsi que le bon sens l'indique, quand il s'agit de supprimer une hyperplasie quelconque, polypes muqueux, débris de caduque ou de placenta, réceptacles d'infection ou causes d'hémorrhagies, cette intervention doit être bannie, comme nous l'avons dit plus haut, du traitement de l'endométrite blennorrhagique aiguë et ne peut, dans les états chroniques, que blanchir momentanément la

lésion. En réalité, dans ces états, le curettage n'est qu'un des éléments du traitement, élément très utile, temps du gros nettoyage ; et encore, si l'on veut qu'il ait toute son efficacité, sans être nuisible, faut-il prendre le soin de traiter le corps utérin avec un instrument demi-mousse et le col, au contraire, avec un instrument suffisamment tranchant pour enlever une couche du muscle. Il faut se rappeler, en effet, que les glandes du corps, glandes simples, en tubes, à sécrétion fluide, jetées avec le stroma environnant, à la façon d'une véritable gelée, sur le muscle sous-jacent, ne le pénètrent et toujours peu profondément, que par de très rares éléments ; tandis que les glandes du col, très ramifiées, à sécrétion épaisse, pénètrent à 2 ou 3 mm. dans la paroi.

Après avoir essayé de bien des modèles, nous avons adopté, pour nos curettes cervicales, des lances en boucle, à dos épais, concaves sur leurs faces, façonnées, en un mot, comme l'instrument vétérinaire qui sert à abraser la corne des chevaux. On peut, avec cet instrument, enlever de véritables copeaux musculaires et à la profondeur voulue, de façon à laisser dans le col, comme *dans le corps*, les culs-de-sac glandulaires qui s'imprègnent facilement des topiques et serviront, une fois stérilisés, à la régénération de la muqueuse.

2° Le curettage pratiqué, le faire suivre d'un écouvillonnage avec glycérine créosotée au 1/3, puis d'un pansement intra-utérin avec une mèche de gaze imprégnée de la même mixture, portée jusqu'au fond de l'utérus et modérément serrée. Si l'on veut essayer l'airol glycériné à 1/5, dernièrement préconisé avec un enthousiasme que je trouve exagéré, avoir soin de ne faire le mélange qu'au moment même de s'en servir.

3° La mèche intracervicale doit être renouvelée tous les jours, si l'on emploie la glycérine à l'airol, tous les 3 jours seulement (ce qui est un avantage) si l'on préfère, comme moi, la glycérine créosotée et cela *pendant un minimum ordinaire suffisant, de* 15 *jours*. — Avant l'introduction de la mèche nouvelle, lavage antiseptique du vagin et badigeonnage intra-utérin, à fond, avec la créosote pure.

4° Les pansements intra-utérins terminés, maintenir la femme tamponnée jusqu'à ses prochaines règles, et ne pas lui permettre de reprendre la vie conjugale avant d'avoir examiné l'urine du mari. Si le premier jet de l'urine recueillie dans un verre à expérience contient des *filaments*, faire faire l'examen bactériologique de ces filaments. Ils peuvent être stériles, renfermer des gonocoques ou des microbes d'infection secondaire. Si gonocoques il y a, mettre le mari au regime des lavages au permanganate de potasse à 2 ou 3 °/₀₀ et des instillations de nitrate d'argent. S'il n'y a que des microorganismes non spécifiques, préférer les injections de sublimé. Si enfin les filaments sont stériles ou s'ils le deviennent avec vos soins, ou si, mieux encore, ils disparaissent, et seulement en ces cas, permettre les épanchements rêvés.

Assurément, on éprouvera parfois quelque résistance à faire accepter au mari les soins qu'il trouvait tout naturels pour sa femme. Cependant, pour peu qu'on frappe son esprit, en cherchant délibérément dans sa vie de garçon, la chaude-pisse qui rarement y manquera, pour peu qu'on lui donne à entendre l'inutilité de la cure supportée par sa femme, si lui-même ne veut rien faire, on obtiendra facilement le jet d'urine révélateur et le traitement qui s'impose.

C'est faute de s'adresser au mari que l'on assiste à ces récidives si fréquentes d'endocervicite dues à des réinoculations successives. En un mot, si vous voulez guérir la femme, n'oubliez pas de soigner le mari ou l'amant.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'affaire Laporte.

I. M. le Dr Ménard (de Saint-Waast) résume son impression sur l'ensemble de l'affaire Laporte de cette façon très éloquente :

L'arrestation du Dr Laporte, qui semblait avoir été décidée pour flatter l'opinion, hostile au début, parce qu'elle était mal éclairée, est devenue un sujet de reproche, de la part de cette même opinion, qui s'est retournée vengeresse en faveur de notre confrère. Elle a vu que le plus maladroit n'était pas le médecin, mais le juge qui sous prétexte de punir une soi-disant faute opératoire, allait, avec une légèreté coupable condamner à mort des centaines de malheureuses femmes, du fait de la non intervention de l'accoucheur, paralysé, dans son initiative, par la crainte du mandat d'arrêter.

La question de faire payer les fautes lourdes à tous ceux qui causent un préjudice à autrui, aux juges comme aux médecins *s'est posée, se pose, s'impose.*

Le pouvoir discrétionnaire du juge apparaît formidable, monstrueux, s'il n'est tempéré par la crainte salutaire d'un jury supérieur, appelé à intervenir rarement, il est vrai, mais enfin chargé, en principe, de juger les juges eux-mêmes.

Le vice de notre organisation judiciaire s'est étalé au grand jour.

Un juge d'instruction convaincu d'abus de pouvoir ; un président qui devrait être l'*Impartialité* même, démarquant les phrases (lire le rapport au palais où l'épithète *déséquilibré* qui est un éloge pour notre confrère, devient une espèce de flétrissure dans la bouche de M. Richard) ; et, soutenant ces juges, l'étrange expert qui livre, par un rapport long comme une lettre de cachet, le Dr Laporte, quitte à se déjuger ensuite, dans une courte expertise, par un *homicide moral volontaire* celui-là ; tout ce monde effaré se réfugiant dans les loges de concierges dont les racontars sont leurs suprêmes ressources, mais condamnée elle-même par le bon sens public, ne voulant pas se rendre, mais percé à jour par l'évidence de la lumière morale ; quel spectacle réconfortant pour nous !

Oui, M. Bertulus appartient désormais à l'histoire. Il aura été le plus grand réformateur de son temps, sans le vouloir. Il aura condamné ce régime de l'instruction judiciaire, mis à l'index l'expertise médico-légale actuelle, enfermé à Mazas avec Laporte cette vieille routine de l'arrestation du bon plaisir dont, j'espère, on ne lèvera pas l'écrou. Jamais son père n'aura opéré pareille délivrance. Vive Bertulus !

Si, par hasard, je me trompais, si la Cour d'appel maintenait cet inique jugement, si nous médecins étions menacés dans notre liberté et notre honneur par le moindre accident opératoire, dont ne sont pas même exempts les médecins légistes exerçant leur art sur les cadavres de la Morgue ; alors dans l'intérêt de nos malades nous aurions un grand devoir à remplir. Ce serait pour sauver la vie de nos semblables de forcer la main à cette justice inexo-

rable et hautaine, qui met son prestige au-dessus des questions supérieures de l'humanité, en lui refusant le plus possible notre concours comme médecins experts devant les tribunaux.

II. A son tour, M. le Dr Paul Petit nous apporte, après le fait signalé par M. Huchard, deux exemples des conclusions que les médecins timorés tirent déjà de la théorie nouvelle. Qu'arriverait-il si cet état de choses se prolongeait ?

On a dit que le jugement de la 9e chambre serait le triomphe du « laisser mourir » et certainement beaucoup ont pensé qu'il y avait là quelque exagération de langage. — Or, rien n'est éloquent et probant comme les faits et l'on me permettra d'en citer brièvement deux, qui me sont personnels. — 1er fait : Femme en travail depuis 5 jours ; poche des eaux rompue depuis 4 jours ; utérus rétracté ; présentation du siège, mode des fesses ; enfant encore vivant ; parturiente à bout de forces. La sage-femme, après avoir attendu *beaucoup trop tard*, fait appeler un médecin, ancien Interne provisoire des hôpitaux qui passe, à bon droit, dans son quartier pour un excellent accoucheur ; celui-ci, après quelques tentatives très prudentes déclare, « qu'il n'y met pas d'amour propre » et engage la famille à me venir chercher, étant donné que j'avais déjà donné mes soins à la jeune femme. Sur ce, la sage-femme, qui, dans l'espèce, était coupable, sinon de maladresse, tout au moins d'inaction, déclare, suivant l'habitude actuelle de sa corporation, que le médecin est un âne, le mari la croit et vient me le répéter, comme il l'eût répété au juge d'instruction, en cas d'initiative malheureuse du confrère. Après l'avoir convaincu de son injustice, car c'était un brave homme, et fait de mon mieux pour démontrer à la sage-femme son incorrection, ce à quoi je n'ai certainement pas réussi, j'arrivai péniblement, avec l'aide éclairée du confrère, à abaisser le pied voulu et à délivrer la femme. Certainement, s'il eût été seul, à la campagne, le Dr X., en médecin courageux et instruit qu'il est, se serait décidé, en fin de compte, à faire ce que j'ai fait, malgré les craintes légitimes qu'il pouvait avoir d'une rupture utérine. Mais on ne peut cependant pas demander aux praticiens, qui ont déjà la vie si dure, d'exposer constamment leur situation et même leur honneur, pour tirer d'affaire leurs semblables, toujours prêts à les accabler. Il n'y a que les sages-femmes qui puissent être à la fois vierges et martyres. Il est vrai qu'elles ont moins à craindre que nous, car nous continuerons, coûte que coûte, à couvrir leurs fautes de *négligence, d'imprudence ou de maladresse*, mais non sans demander toutefois, qu'au lieu de leur mettre le forceps en mains, comme elles le postulent, on les soumette de plus près à notre surveillance.

Voici le 2e fait : Jeune femme d'une trentaine d'année ; kyste de l'ovaire avec hémorrhoïdes procidentes qui donnent du sang et parfois à flots depuis plusieurs mois. La panique opératoire provoquée par les événements récents lui fait refuser toute intervention aussi bien sur le kyste que sur les hémorrhoïdes qui, probablement, en dépendent. Morte avant-hier d'anémie aiguë. N'est-ce pas déplorable ? Dr Paul Petit.

III. Même moralité de la lettre suivante :

A propos du cas de notre malheureux confrère Laporte, permettez-moi de vous exposer les 4 faits les plus saillants de ma pratique obstétricale de ces deux dernières années qui feront ressortir par leur contraste les suites désastreuses de l'intervention inconsidérée de la justice dans les faits ressortissants à l'exercice de notre art.

Il y a deux ans je suis appelé auprès d'une primipare rétrécie, en mal d'enfant depuis deux jours ; la tête d'un enfant que je crois vivant ne peut franchir le détroit supérieur : avec des fils de soie et de catgut, un bistouri fort, une aiguille de Reverdin, et mon doigt, je pratique, après anesthésie par un confrère, la symphyséotomie suivie d'une application de forceps : actuellement la mère ne ressent aucun effet de son opération et travaille de force comme devant.

Il y a 3 mois environ, je suis appelé pour une incarcération totale par enchatonnement, matrice fermée. Après anesthésie confiée à la sage-femme, qui avait toute ma confiance, j'introduis la main dans le vagin, j'ouvre la matrice très laborieusement et j'extrais le délivre après trois quarts d'heure de manœuvres intra-utérines.

Je suis exténué, la femme a une syncope due au chloroforme et à la fatigue ; je puis la ranimer par la respiration artificielle ; les suites sont excellentes, grâce à une antisepsie intra-utérine rigoureuse pratiquée pendant huit jours, la température n'a jamais dépassé 37°5.

Voilà deux faits antérieurs au jugement du Dr Laporte qui prouvent surabondamment que je sais peu reculer devant les responsabilités d'une intervention immédiate et pouvant être grave par ses suites.

Il y a quinze jours je suis appelé à 18 kilomètres auprès d'une femme multipare, en travail depuis deux jours ; la tête est arrêtée dans l'excavation en 3e position et ne peut effectuer sa rotation, gênée qu'elle est par une tumeur grosse comme un œuf de canard, saillant dans le rectum en arrière et un peu sur la gauche de la tête ; cette tumeur un peu oblique paraît se continuer du côté des annexes droites.

La sage-femme ignorait les paquets formule A, la pommade formule B, et tombait en extase devant mon vide-bouteille : point d'eau sur le feu naturellement.

J'envoie chercher le confrère le plus proche (à 3 kilomètres) ; entre temps je fais bouillir de l'eau, je la filtre et la fais refroidir. La tumeur paraissait solide, l'utérus étant en repos ; quand l'utérus se contractait elle donnait au toucher une vague sensation de fluctuation et à tout hasard j'avais prié le confrère d'apporter un Potain ou un Dieulafoy. Après deux lavements, je ponctionne la tumeur par le rectum avec une aiguille (quelle audace !), j'extrais 250 grammes environ d'un pus crémeux qui se prend en gelée dans la bouteille (il s'agissait probablement dans l'espèce d'un abcès infertile du parovaire droit) ; une demi-heure après, l'enfant vient seul, bien portant.

Je suis resté sans nouvelle de la femme qui est restée sous la surveillance du confrère plus rapproché que moi et j'ai tout lieu de supposer que tout va bien. Néanmoins une fois l'excitation de l'action tombée, j'eus de cette intervention une telle émotion que je n'en suis pas remis, le 4e fait que je vous ai annoncé et que je vais vous exposer, en est la preuve.

Il y a trois jours, je suis appelé à 10 kilomètres pour une incarcération partielle par rigidité spasmodique de l'orifice interne. J'arrive 12 heures après l'accouchement. Le cas était bien moins grave que le 2e fait rapporté plus haut, j'aurais dû avoir la même conduite qu'il y a trois mois : anesthésie par la sage-femme, dilatation digitale de l'orifice fermé, extraction de la portion du délivre en partie prolabée dans le col : la conduite à tenir était simple. Je n'ai pas osé faire donner le chloroforme par la sage-femme que je sentais hostile (le jugement en a fait reproche au docteur Laporte), je n'ai pu franchir l'orifice interne et à un moment donné, ayant saisi entre le pouce et l'index la portion de délivre prolabée et faisant des tractions très modérées, la femme sans doute obsédée aussi par la sentence des juges parisiens se mit à crier que je l'arrachais toute. Nous l'avons tous entendu des centaines de fois ce cri-là, et d'habitude il ne nous émotionne guère ; dans le cas particulier il me mit littéralement en fuite : je retirai précipitamment ma main, je sentais le manque de confiance de

l'entourage et après une injection antiseptique, je me retirai en prescrivant des irrigations vaginales trois fois par jour, disant que sans doute le morceau qui restait viendrait tout seul et je cours encore.

Deux jours après, c'est-à-dire hier, le mari fit appeler le médecin suisse qui est le grand manitou de la frontière.

Qu'arrivera-t-il à cette femme ? Rien, espérons-le; le médecin suisse qui n'a pas la même obsession judiciaire fera probablement ce que je n'ai pas eu le courage de faire et rien de fâcheux n'arrivera à la femme, innocente victime des juges parisiens.

Si vous croyez utile de publier cette lettre, faites-le en me conservant l'incognito, et croyez-moi votre dévoué et reconnaissant confrère.

D[r] P., à M.

Pour l'indépendance?

Très honoré Confrère,

Chaque semaine, à peu près, le « Concours » publie les doléances des confrères ou des syndicats sur la détresse du corps médical et de son exploitation par les sociétés.

Permettez-moi de dire à ces confrères isolés ou aux syndicats, que le mal ne vient que d'eux-mêmes, que la création d'un ou de plusieurs ordres de médecins ne vaudrait pas une action bien combinée unique et énergique pour nous faire respecter, non à la façon des écritures saintes dans lesquelles on peut lire le philosophique conseil « *honora medicum* », mais à la façon de Raspail qui traduit le latin ci-dessus par ces mots : « *Payez ses honoraires au médecin.* »

Plus on va, plus on est exploité.

Ce ne sont plus les particuliers qui donnent le ton pour l'exploitation ; l'Etat aussi s'en mêle.

Exemple. — A l'époque de l'établissement de l'Assistance médicale dans le Loir-et-Cher, je répondais à la proposition de M. le Préfet, de la façon la plus courtoise, que je ne pouvais accepter de faire le service, parce que les conditions imposées par le Conseil Général étaient, à mes yeux, une atteinte à la dignité professionnelle et que jamais je ne consentirais à aliéner ce qui a fait la gloire et l'honneur de notre corporation, *l'indépendance.*

Malgré mes déclarations catégoriques, les premiers magistrats municicipaux des communes voisines me faisaient mander pour des indigents, me donnant lettres, bons et toutes pièces en règle pour être reconnues valables par la haute administration.

J'ai présenté mes titres à paiement aux bureaux compétents, et, ne voyant rien venir, je me suis présenté moi-même.

Voici ce qui m'a été répondu :

« *Monsieur vous ne serez pas payé, puisque vous n'acceptez pas le réglement d'assistance Médicale gratuite.* »

Ainsi, nous possédons un document. L'Etat, par ses agents, renie ses dettes et se fait ranger, au-dessous des sociétés de secours mutuels, au rang des mauvais clients.

L'Etat étant un pupille, un mineur irresponsable, nous sommes obligé de rejeter la faute sur ses représentants, sur ses fonctionnaires.

Est-ce donc le moment de *tout* abandonner, je dis *tout*, le peu qui nous reste ; est-ce le moment d'abandonner notre *liberté* pour nous embrigader sous la direction des Préfets et des employés en sous-ordre pour être fonctionnaires; sous l'estampille, *ordre des médecins*, et traités comme de vulgaires employés, impeccables observateurs de la *fo-o-orme*, mais victimes de l'esprit gaulois, dont le plus sublime représentant fut notre cher maître et prédécesseur Rabelais, duquel nous nous enorgueillissons de garder l'indépendance?

Non, ce n'est pas le fonctionnarisme qui sauvera notre profession du marasme : c'est l'entente entre tous les médecins, la bonne foi, l'association, les agapes dont le «Concours» a pris l'initiative et qui ont jeté dans le corps médical les germes de plus précieuses récoltes.

Veuillez agréer, très honoré Confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

P. Nouet.

N. D. L. R. — Nous comptons bien que notre excellent confrère va s'inscrire, sur le champ, au *Sou médical.*

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical du Tarn.

30 *juillet* 1897.

Les membres du Syndicat médical du Tarn se sont réunis en assemblée générale extraordinaire, à Castres, le 30 juillet 1897, sous la présidence du D[r] A. Sicard.

Présents : MM. les Docteurs Carayon, Jaurès, Bonneville père, Bonneville fils, Journès, Durand, d'Albi ; Sicard, de Castres ; Sicard, de Saint-Pierre ; Terson fils, Grand, Milhau, Puech, Monsarrat fils, Trille, Nègre, Molinié, Herrero, Combret, Carrade, Curvale, Cabannes, Calvet, de Viane ; Vialatte de Pémille ; Paulin.

S'étaient fait excuser : les Docteurs Calvet, de Castres, Cabot, Guiraud, Maffre, Escande, Rascol.

Assistance médicale gratuite

Le président rappelle la décision prise par l'assemblée générale du 17 juillet, à Castres, relativement au service de l'assistance médicale gratuite, d'après laquelle les délégués du Syndicat avaient reçu la mission de présenter à la commission préfectorale, lors de sa réunion du 29 juillet, les résolutions du Syndicat : abonnement, 3 francs par tête d'indigent inscrit ; en plus, 50 centimes par kilomètre. Le Syndicat avait, en outre, laissé à ses mandataires toute liberté pour diminuer le taux de l'abonnement, et le ramener, si c'était nécessaire, à un chiffre compatible avec la dignité professionnelle.

La commission préfectorale s'est réunie le 29 juillet et c'est le résultat de ses délibérations que l'Assemblée du Syndicat est appelée à connaître aujourd'hui. Après quoi, l'assemblée aura à prendre une décision définitive, avant la session d'août du Conseil général, lequel statuera en dernier ressort sur les projets de la commission :

Après cet exposé, le Président donne la parole au D[r] Bonneville fils, membre de la délégation du Syndicat auprès de la commission préfectorale, qui rend compte, ainsi qu'il suit, des résolutions de cette commission.

Conformément à la délibération du Syndicat, en date du 17 juin 1897, la délégation a demandé que

les honoraires des médecins de l'assistance médicalegratuite fussent tarifés ainsi qu'il suit :

3 francs par an et par tête d'indigent ; plus 50 cent. par kilomètre.

15 francs pour les accouchement simples ;

25 francs pour les opérations obstétricales.

Gratuité des opérations.

Après discussion, la délégation propose à la commission d'abaisser le taux de l'abonnement à 2 francs.

La commision repousse cette dernière propositions et s'arrête définitivement à la résolution suivante :

1° Système des circonscriptions médicales ;

2° Liberté pour l'indigent de choisir son médecin qu'il désignera au commencement de l'année ;

3° Les honoraires des médecins fixés d'après le taux suivant :

1 franc par an et par tête d'indigent en ville et jusqu'à 2 kil. ;

1 fr. 50 de 2 à 5 kilomètres ;

2 fr. de 5 à 10 kilomètres ;

2 fr. 50 au-dessus de 10 kilomètres ;

6 francs pour les accouchements simples, qui, en principe, devraient être faits par la sage-femme, à laquelle ils sont payés 5 francs ;

12 francs pour les opérations obstétricales ; 10 francs pour les opérations d'urgence : hernies étranglées, trachéotomie, fractures et luxations.

Le Dr Bonneville ajoute, après cet exposé, que son collègue le Dr Journès et lui-même ont énergiquement protesté contre cette résolution, et ont réservé la décision du Syndicat tout entier.

Le Président qui a été informé, d'autre part, de l'énergie avec laquelle les délégués du syndicat ont soutenu devant la Commission préfectorales les revendications si légitimes du corps médical tout entier, propose à l'assemblée d'adresser des remerciements aux membres de cette délégation, et en particulier aux Drs Bonneville fils et Journès.

L'assemblée tout entière s'associe à la proposition de son président.

Le Dr Bonneville fils, ayant ajouté que la commission avait, à un moment donné, proposé de fixer l'abonnement à 0 fr. 65 par tête d'indigent, M. le Dr Jaurès demande à l'assemblée d'adresser un blâme aux trois médecins, conseillers généraux, qui faisaient partie de la commision, et qui avaient osé s'associer à une proposition aussi indigne.

L'assemblée vote le blâme demandé par le Dr Jaurès.

Une discussion est ensuite ouverte sur la décision à prendre en face de la résolution de la commission préfectorale. Le système proposé est justement et unanimement attaqué ; plusieurs confrères viennent démontrer, chiffres en mains, qu'il lèsera, d'une façon incontestable, les intérêts du corps médical, et d'après la seule comparaison de l'abonnement avec le mode actuellement en vigueur.

L'assemblée, après une sérieuse et approfondie discussion, adopte à l'unanimité, la résolution suivante :

« Le Syndicat médical du Tarn, après avoir pris connaissance des propositions que la commission préfectorale doit soumettre au Conseil général du Tarn, dans sa session d'août, au sujet de la réorganisation du service de l'assistance médicale gratuite, estime que le système de l'abonnement tel qu'il est adopté par la commission, est incompatible avec la dignité professionnelle et le déclare absolument inacceptable.

En outre de cette résolution, l'assemblée décide de faire signer à tous les médecins du département, syndiqués ou non, la protestation suivante :

Les soussignés, médecins du département du Tarn, après avoir pris connaissance des propositions que la Commission chargée d'assurer le fonctionnement de l'assistance médicale gratuite, doit soumettre au Conseil général, dans la session d'août, les jugeant incompatibles avec la dignité professionnelle, déclarent qu'elles sont absolument inacceptables ; demandent le maintien du système actuel, et affirment la résolution de rompre tout rapport avec l'administration, au point de vue du service de l'assistance médicale gratuite, si le système proposé venait à prévaloir.

Cette protestation, adoptée par l'assemblée, sera soumise à la signature de tous les médecins du Tarn.

Exercice illégal.

La séance est terminée par la communication du Président, relative aux premières poursuites exercées par le Syndicat contre les personnes se livrant à l'exercice illégal de la médecine et de la chirurgie. Une dame de Béziers, qui pratiquait dans le canton de Roquecourbe, vient d'être condamnée à quarante francs d'amende et un franc de dommages-intérêts envers le Syndicat, et l'insertion du jugement dans deux journaux au choix de la Société.

Le Secrétaire.
Dr Durand.

REPORTAGE MÉDICAL

Le Banquet de l'Union des Syndicats et du Syndicat des médecins de la Seine. — L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats a eu lieu le 17 novembre à l'Hôtel des Sociétés savantes. Le procès-verbal de la séance sera publié au *Bulletin Officiel* de l'Union.

Pour le banquet, qui s'est tenu chez Marguery, le Syndicat des médecins de la Seine s'était joint aux délégués de province. M. le Dr Napias, officiellement délégué par le ministre de l'Intérieur, a présidé. Au cours de son allocution, il a informé les convives que M. le Dr Porson était nommé membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique, en remplacement de M. le Dr Gibert (du Havre), également président d'honneur de l'Union des Syndicats. M. le Dr Porson, président sortant, nommé président d'honneur, a remercié MM. Napias, Trarieux et Roch, et annoncé que ce dernier, député de la Loire-Inférieure, avait obtenu qu'un délégué des Syndicats fît partie du Conseil supérieur de la mutualité. M. le Dr Bourgeois, député de la Vendée, a promis son concours pour combattre le projet de loi actuel sur l'exercice de la pharmacie, qu'il a qualifié de *Loi contre l'exercice de la Médecine.* M. Trarieux a renouvelé ses promesses de dévouement au succès des revendications des médecins. M. le Dr Guinard, vice-président du Syndicat de la Seine, a loué les efforts de M. Berthod dans l'affaire Laporte, et conclu à la nécessité de la propagande en faveur des Syndicats. M. Comby (de Paris), le nouveau président de l'Union, a remercié M. Porson de son zèle et déclaré qu'il se proposait de marcher sur ses traces. MM. Roch et Arbourn ont fait l'éloge des Sociétés de secours mutuels : ils se sont efforcés de prouver... qu'il y avait entente possible entre elles et le Corps médical. M. le Dr Lassalle a remercié la presse médicale et la presse politique de leur concours dans l'affaire Laporte. M. le Dr Good, au nom des praticiens de campagne, a bu au Syndicat de la Seine. Enfin, Me Robert a renouvelé son toast du banquet du Concours médical, en buvant à notre solidarité et à nos espoirs.

— La Société des médecins des hôpitaux, à la suite du rapport de M. L. Dreyfus-Brisac, vient d'émettre le vœu que les modifications suivantes soient apportées aux concours de médecine des hôpitaux :

1° Substitution du vote secret au vote à mains levées dans toutes les épreuves, avec engagement d'honneur pris par les membres du jury de ne jamais faire conaître leur vote.

2° Institution d'un concours unique annuel où seraient données toutes les places vacantes, jusqu'à concurrence de six.

3° Remplacement du jury unique actuel par deux jurys, présidant l'un aux épreuves d'admissibilité, l'autre aux épreuves de nomination. Chacun de ces jurys, exclusivement composé de médecins chefs de service, compterait quatorze membres. Le second jury serait constitué avant la publication de la liste des admissibles ; ne pourraient en faire partie les médecins qui auraient refusé de faire partie du premier.

4° Fixation du nombre des admissibles au triple des places à donner, avec un minimum de dix.

5° Remplacement de l'épreuve de deux malades par deux épreuves : *a*, une leçon sur un malade, d'une demi-heure de durée, après trente minutes dont le candidat disposerait à son gré pour l'examen du malade et la préparation de la leçon ; *b*, une consultation écrite sur un malade: vingt minutes seraient accordées au candidat ponr l'examen clinique, y compris l'analyse des urines, et une heure pour la rédaction de la consultation.

6° Publicité de diagnostic détaillé formulé par le jury dans les épreuves cliniques.

Société de médecine de Nîmes. — La Société de médecine de Nîmes, dans sa séance du 9 novembre dernier, s'est occupée de l'affaire Laporte qui intéresse si vivement le Corps médical, et a pris à l'unanimité la résolution suivante :

« La Société de médecine de Nîmes adresse au Dr Laporte l'expression de sa sympathie : proteste contre l'arrestation de ce confrère à l'occasion d'un acte opératoire, contre la détention préventive dont il a été l'objet ; félicite le professeur Pinard de son attitude énergique, et déclare s'associer à la souscription destinée à la défense de nos droits contre l'arbitraire des parquets et des tribunaux.

La somme de 50 francs est votée par la Société sans préjudice de ce que pourra voter le Syndicat. ».

A propos de l'affaire Orgeas, tout en réservant d'une manière absolue le fond du débat, la Société de médecine a pris la résolution suivante :

« La Société de médecine de Nîmes s'étonne que les confrères n'apportent pas leurs dissentiments devant le Conseil de famille ou le Conseil du syndicat médical ; qu'une affaire intéressant deux docteurs ait pu être portée à plusieurs reprises devant les tribunaux, sans que ceux-ci aient cru devoir en référer au syndicat médical ou le consulter ; proteste contre la prison préventive et regrette que le Dr Orgeas ait été traité par la justice avec une rigueur excessive. »

« Les résolutions seront communiquées à la Presse locale et aux principaux organes médicaux de Paris et de la Région. »

Le témoignage des enfants en justice. — Il est fait beaucoup de bruit dans la presse politique, depuis quelque temps, au sujet d'erreurs judiciaires récentes, causées par la crédulité des juges, en matière d'affirmations faites par des enfants : chacun se met à en rapporter des exemples. Les médecins ne sont pas les moins menacés par ce danger, quand ils donnent leurs soins à des jeunes filles hystériques. Espérons que la magistrature ne fermera pas l'oreille à ces leçons de l'expérience : c'est le moyen de s'éviter des fautes lourdes comme la suivante, qui vient d'être commise en Angleterre, et que la presse anglaise signale au blâme de tous.

Le 30 octobre, le Dr William Hains a comparu devant la Cour criminelle centrale, accusé d'avortement concerté avec une femme mariée. Sans entrer dans les détails de l'accusation il suffit de dire que les preuves acceptées par le magistrat étaient fournies par une bonne et par un jeune enfant de la femme.

Les bases sur lesquelles s'appuyait l'accusation étaient si fragiles que le jury devant lequel devait comparaître l'accusé a déclaré que cette poursuite était injustifiée. — Le juge M. Ridley et l'accusateur public furent d'accord pour abandonner les poursuites.

La pratique du laisser mourir. — M. le Dr Ribemont-Dessaigne, accoucheur des hôpitaux, écrit dans la *Gazette hebdomadaire* :

Quelques-uns de nos confrères de la presse médicale ont manifesté la crainte que la condamnation du Dr Laporte ne paralysât la main des praticiens mis en présence de certains cas graves qui réclament une intervention d'urgence.

Je viens d'avoir la triste preuve que ces craintes n'étaient pas vaines.

Il y a quelques jours on apportait à la maternité de Beaujon une femme albuminurique, accouchée dans une commune suburbaine et chez qui la délivrance n'avait pu être faite par la sage-femme qui l'assistait. Une hémorrhagie abondante s'étant produite la sage-femme appela un médecin. Celui-ci qui, il y a quelques semaines, n'eût pas hésité à intervenir, recula devant la gravité de la situation, ne voulut pas tenter la délivrance artificielle et préféra envoyer la femme à l'hôpital. Naturellement l'hémorrhagie continua pendant le trajet, et au moment où on la couchait dans la salle de travail elle expirait.

Il était intéressant de rapprocher encore ce fait de ceux qui ont été signalés par MM. Huchard et Paul Petit.

Souscription Laporte. — Malgré la clôture de la souscription, nous publions une 5e et dernière liste: MM. les docteurs Nouet, Puiseaux, 2 fr.; Therre, Vichy, 5 fr.; Popis, Checy, 5 fr.; Temoin, Nerondes, 5 fr.; Genas, Meyzieu, 3 fr. ; Association syndicale des médecins de la Meuse ; MM. les docteurs Weiss, 3 fr.; Volpert, 5 fr.; Desjardin, 10 fr. ; Boyer, 2 fr.; Vicq, 2 fr.; Authenac, Angoulême, 5 fr.

Si des omissions s'étaient produites, prière de nous les signaler. M. le Dr T. de B. (Loiret), trouvera l'indication de sa souscription, qui lui a échappée, dans la 1re liste, n° 45.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4215.— M. le docteur OLLIVIER, de Guillaumes (Alpes-Maritimes), présenté par M. le docteur Ollivier, de Saint-Martin-d'Entraumes (Alpes-Maritimes).

N° 4216.— M. le docteur GAUJA, de Bordeaux (Gironde), membre de l'Association des médecins de la Gironde et de l'Association amicale des médecins Français.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le très vif regret de faire part, aux membres de notre Société, du décès de M. le docteur Bibard, de Pontoise, médecin en chef de l'hôpital et vice-président de la Société locale, notre ancien et très distingué collaborateur. Nos lecteurs ont sûrement conservé, comme nous, le souvenir de ses intéressantes communications professionnelles et de la large part qu'il prit à toutes les œuvres du Concours. Nous adressons à sa famille nos chaleureux compliments de condoléance.

Le Directeur-Gérant : **A. CEZILLY.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 51 18 Décembre 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les certificats militaires des médecins civils.

A propos de la progression de la tuberculose dans l'armée, il a été dit, dernièrement, au Conseil municipal de Paris, des choses très justes, quant à l'accueil fait à nos certificats, dans certaines circonstances, par nos confrères de l'armée.

Un petit examen de cette question ne paraît pas sans utilité.

Est-il exact que les médecins militaires aient le devoir de se tenir toujours sur la défiance vis-à-vis de nos attestations, quand elles émanent de noms personnellement inconnus ?

Evidemment oui, parce qu'ils remplissent le rôle d'experts, parce qu'ils représentent avant tout le Commandement, et surtout, sachons le reconnaître, parce que, trop souvent, des médecins civils leur adressent, par désir de plaire au client, ou au moins par crainte de lui déplaire, des attestations insuffisamment fondées, agissant en cela comme nos députés qui votent certaines lois électorales, avec la certitude que le Sénat ne les laissera pas aboutir.

Nous ne serions donc fondés à protester contre l'*état d'âme* de nos confrères militaires que si nous étions certains de n'avoir rien à nous reprocher. Jusque-là, leur devoir de contrôle restera entier.

Mais, ce contrôle réel, peuvent-ils toujours l'exercer ?

Un jeune homme se présente devant eux au conseil de revision. Ils ne savent rien de ses antécédents héréditaires, de son passé pathologique. Celui-là est peut-être, aux yeux du médecin de la famille, qui l'a soigné pour hémoptysie, pour pleurésie, un candidat à la tuberculose prochaine ; ou bien, il eut, dans sa jeunesse, de l'endocardite rhumatismale ou infectieuse, que masque aujourd'hui, pour un temps, un léger degré d'hypertrophie providentielle ; ou bien encore, il porte une de ces tares nerveuses ou mentales, incompatibles avec la vie du régiment, et qui en feront un pilier de la salle de police et de la prison, jusqu'au jour où il échouera dans les compagnies de discipline. Verra-t-on tout cela dans l'examen de quelques minutes ? Le découvrira-t-on même certainement en deux ou trois mois ?

Autre cas. Un soldat, atteint de fièvre typhoïde au début, est envoyé dans sa famille, parce qu'on fait de la dispersion pour lutter contre une épidémie de caserne : il est porteur d'une permission de deux mois. Au terme de cette permission, notre malade, convalescent de sa fièvre typhoïde, mais ayant eu une phlébite du membre inférieur comme complication, ne peut obtenir de prolongation qu'en allant se présenter, en voiture, à l'examen d'un médecin militaire, à 30 kilomètres de la chambre qu'il ne quittait pas ! Est-ce logique, quand notre certificat mentionne la quasi-impossibilité de voyager, et quand on peut faire contrôler sur place, ou s'en rapporter à notre dire ? Est-ce humain ?

Nous avons vu plus fort, cette année même. M. X., atteint de tuberculose, en 1896, fut envoyé au mois de novembre, après avis de *trois* médecins, dans un Sanatorium, où il passa l'hiver. La cure rationnelle donna un excellent résultat. Le malade nous revint en mai 1897, sans signes stéthoscopiques appréciables. En septembre, il fut convoqué pour faire 28 jours. Nous demandâmes un sursis par certificat aussi technique que détaillé, en mentionnant ce fait, que le convales-

cent devait regagner le Sanatorium, en octobre, pour conserver sa guérison. Le certificat fut attentivement lu, mais, en présence de l'état actuel du malade, on passa outre : à la fin de sa période, celui-ci eut une rechute dont le sanatorium est (heureusement) en train d'obtenir encore la guérison.

Voilà des faits qui prouvent, en dehors de tout parti pris, que, si la défiance doit être la règle pour les médecins militaires, elle comporte des exceptions fréquentes et nécessaires.

Nous restons convaincus que, dans les cas où le médecin militaire ne peut contrôler personnellement l'affirmation écrite de son confrère civil, il devrait y ajouter foi, et en tenir compte dans toute la mesure du possible.

La consigne, nous le savons, est d'appeler tout cela du terme général de *sollicitation*.

Or, pour tous les médecins civils consciencieux, c'est souvent aussi de l'expertise pure et simple, où les intérêts de l'armée ne sont pas plus perdus de vue que ceux du client.

Dans l'intérêt de nos malades, nous demandons qu'on ne l'oublie pas.

Dr H. Jeanne.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement du pied bot varus équin.

D'après le Dr Em. *Arrèat*, de Marseille, le traitement du pied bot varus équin congénital doit être commencé dès les premiers temps après la naissance.

Pendant les premiers mois, on essaiera les massages, les mouvements progressifs et légers, quelquefois un peu énergiques, dans le sens contraire à la déviation ; on répétera souvent les séances et chacune sera suivie de l'application d'un petit appareil, bandage roulé, gutta-percha, silicate ou plâtre, qui maintiendra le pied plutôt en hypercorrection. Dans certains cas, il sera utile de faire la ténotomie du tendon d'Achille.

A partir de cinq ou six mois, l'enfant étant en état de supporter l'anesthésie générale, on pourra avoir recours soit au redressement forcé manuel, soit à la méthode de Phelps. M. Arréat repousse complètement et dans tous les cas le redressement instrumental.

Le redressement forcé devra être fait suivant les règles décrites par Lorenz : ce sera un *redressement modelant*. C'est à ce procédé qu'il faut avoir recours, plutôt qu'à l'opération de Phelps, malgré les résultats obtenus par les partisans de cette dernière opération.

Cependant, si l'on préférait cette opération sanglante au redressement forcé, il y aurait alors avantage, à modifier ainsi la technique : au lieu de la large incision interne à ciel ouvert, faire une incision dorso-externe au niveau de la tête de l'astragale, introduire un ténotome, pratiquer les sections ligamenteuses et fibreuses, faire en somme une sorte de phelps sous-cutané. Il en résulte que si, malgré ces sections, un bon redressement n'est pas obtenu, on peut immédiatement, sans qu'il soit besoin d'inciser de nouveau les tissus, pratiquer telles résections osseuses qui seront jugées nécessaires pour avoir une correction complète.

Le redressement forcé modelant et le phelps ainsi modifié pourront être appliqués, d'une façon générale, jusque vers l'âge de trois ou quatre ans, alors que les os sont encore assez souples, cartilagineux, et que la marche n'a pas été encore assez prolongée pour rendre les déformations irréductibles.

Mais à partir de cet âge, et quelquefois aussi plus tôt, dans certains cas, ces opérations sont insuffisantes. Les déformations et les déplacements des os seront trop considérables pour permettre d'espérer par ces moyens un résultat satisfaisant. Il faudra avoir recours à une intervention plus radicale, à la *tarsectomie*.

Chez les enfants jeunes, entre 4 et 8 ans environ, il ne sera pas toujours nécessaire de faire de très larges ablations osseuses. Le plus souvent la résection de la tête, du col, d'une plus ou moins grande partie du corps de l'astragale, et de la grande apophyse du calcanéum, suffiront pour donner un bon redressement. Mais, toutefois, il ne faut jamais hésiter à pousser plus loin les résections s'il le faut, car on ne doit s'arrêter qu'au moment où le pied peut être placé sans effort, non seulement dans sa position normale, mais même en hypercorrection. Chez ces enfants jeunes, il y aura avantage à commencer par la ténotomie du tendon d'Achille, qui donnera déjà une certaine correction et permettra de réduire au minimum suffisant les résections osseuses.

Chez les enfants plus âgés, les résections osseuses devront être dans la majorité des cas plus étendues. Chez les adultes, il faudra les faire largement d'emblée, c'est-à-dire faire l'ablation de tous les os du tarse, comme l'a indiqué le Dr Just Championnière. Chez eux, la ténotomie du tendon d'Achille n'ajouterait rien au redressement, il est donc inutile de la faire.

En dehors des cas précédents, la tarsectomie pourra encore être faite avantageusement chez des enfants jeunes, avant deux ans même, comme l'a montré le Dr Jalaguier, dans certaines conditions données, quand on voudra obtenir un résultat rapide. Ces cas seront toutefois assez exceptionnels. Quel que soit le procédé auquel on ait recours, il ne faut pas négliger de le compléter par des massages consécutifs pendant un certain temps, et par le port d'une bottine ordinaire munie de simples contreforts.

Mais dans les cas où ce traitement consécutif ne peut être suivi, et c'est ce qui arrive le plus souvent, surtout dans la clientèle hospitalière, on peut espérer quand même de bons résultats définitifs. L'opération permet au malade de marcher très peu de temps après, ne le force pas à porter un appareil, rétablit la fonction du membre, et favorise l'auto-massage par la marche.

Le traitement du cordon ombilical.

Il y a assez longtemps que l'on fait la ligature du cordon ombilical, et que l'on discute sur le plus ou moins de valeur des procédés de ligature. Maintenant, le Dr *Kellar*, dans le *Pacific Medical Journal*, affirme que le mieux est de ne plus faire de ligature du tout.

L'auteur, dans plus de 2.000 cas, n'a pas fait la ligature du cordon ombilical et s'en est bien

trouvé. Il recommande vivement cette abstention, en s'appuyant sur son expérience personnelle et d'autres cas trouvés dans la littérature médicale.

Voici, d'après lui, les raisons qui militent en faveur de la non ligature du cordon ombilical :

I. *La ligature est superflue chez l'homme* ; en effet :

1° On s'en passe parfaitement chez tous les autres animaux ;

2° L'hémorrhagie par le cordon non lié, que l'on se propose de prévenir, n'existe que dans l'imagination des praticiens ;

3° Il est absolument superflu de pratiquer la ligature pour cause de propreté ;

4° Il est tout à fait déraisonnable d'admettre l'existence d'une imperfection telle dans l'organisme humain qu'il serait nécessaire de pratiquer la ligature du cordon ombilical pour s'opposer à l'hémorrhagie éventuelle.

II. *La ligature est dangereuse dans un grand nombre de cas* ; en effet :

1° Elle peut, avec raison, être considérée comme provoquant l'hémorrhagie secondaire ;

2° En entravant la dessiccation du cordon, elle en retarde l'élimination, d'où possibilité d'ulcération et, assez souvent, érisypèle, excroissances fongoïdes, etc., consécutifs ;

3° En s'opposant à l'extravasation du sang retenu dans les vaisseaux ombilicaux, elle en provoque l'inflammation et empêche leur oblitération, ce qui peut amener de la phlébite, de la jaunisse, de la pyhémie, etc. :

4° L'hyperhémie et la congestion de la circulation portale causées par la rétention du sang dans les vaisseaux ombilicaux peuvent être considérées comme causant plusieurs affections infantiles dont l'origine est, d'après toutes les apparences, attribuable à cette congestion desdits vaisseaux sanguins.

III. *La ligature a provoqué directement la mort à coup sûr dans quelques cas, et probablement dans un grand nombre d'autres* ; en effet :

1° Les auteurs les plus réputés ont rapporté un grand nombre d'issues fatales dues à la ligature du cordon ombilical ;

2° On peut s'assurer sur les nouveau-nés que la ligature maintient le ventricule droit en état de distension, d'où impossibilité pour le cœur de se remettre à battre une fois arrêté et arrêt plus rapide dès que son énergie va en s'affaiblissant.

3° Dans quelques cas où l'on avait échoué avec toutes les autres médications, la vie des nouveau-nés fut sauvée par l'enlèvement de la ligature du cordon ombilical.

Un nouveau procédé d'hystérectomie abdominale.

M. le Dr J. L. *Faure*, de Paris, décrit, dans la *Presse Médicale*, un nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale qui nous paraît très pratique. Voici, en quelques mots, l'exposé de ce procédé :

Le chirurgien se place à gauche.

La malade étant sur le plan incliné, le ventre maintenu largement ouvert par une grande valve sus-pubienne et les intestins bien protégés par des compresses, comme dans tous les procédés, on saisit le fond de l'utérus avec deux pinces solides, qui mordent chacune un peu en dehors de la ligne médiane. On incise alors le péritoine sur la face antérieure de l'utérus, au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin, et on repousse la vessie vers le bas, de façon à n'avoir plus à s'en occuper.

Avec de forts ciseaux droits, *on sectionne alors l'utérus sur la ligne médiane du fond, vers le col.*

Cette section, extrêmement simple, qui se fait sans hémorragie, si l'on se tient bien exactement au milieu, demande simplement, dans certains cas, un peu d'attention, afin que la branche postérieure des ciseaux ne blesse pas les poches salpingiennnes qui pourraient se trouver dans le cul-de-sac postérieur.

En trois ou quatre coups de ciseaux, la section est complète. L'utérus est alors partagé en deux moitiés, et le vagin se trouve tout naturellement ouvert en avant et en arrière sur la ligne médiane. Les tranches utérines sont saisies de chaque côté par une nouvelle pince, deux au besoin.

Une bonne pince est alors amarrée de chaque côté sur le col, et l'on commence à extirper une des moitiés utérines avec les annexes qui lui sont fixées, en commençant par le côté qui semblera le plus favorable. Quand on a le choix, il vaut mieux s'attaquer d'abord au côté droit.

Le moignon cervical de ce côté étant fortement attiré en haut, on sent une bride résistante qui limite son ascension. C'est la moitié droite de la paroi vaginale qui s'insère en ce point sur le col et le retient dans la profondeur. Un coup de ciseaux sur cette bride résistante, au ras du col, et celui-ci se laisse immédiatement attirer vers le haut.

A partir de ce moment, il n'y a plus d'obstacles, et la moitié utérine à laquelle on s'est attaqué va se dérouler peu à peu en se retournant, en se décollant de la paroi pelvienne, et en entraînant avec elle les annexes.

Il y a bien, tout près du col, l'artère utérine, mais rien n'est plus simple que de la couper, en la pinçant avant ou après sa section, suivant qu'on la verra bien ou mal. On ne risque rien. Il suffit de ne pas s'écarter du bord de l'utérus.

L'insertion vaginale et l'artère utérine étant sectionnées, toutes les parties à enlever se décollent, se déroulent, avec une facilité surprenante. Et si les annexes présentent quelques adhérences avec les parties voisines, elles sont beaucoup plus faciles à séparer et à décortiquer, que lorsque l'on s'attaque directement à elles, parce qu'on les tourne pour ainsi dire et qu'on les attaque de bas en haut et de dehors en dedans, c'est-à-dire en des points où on peut emporter avec elles le feuillet péritonéal auquel elles adhèrent et où elles sont très faciles à mobiliser. Si quelques adhérences avec l'intestin restent encore, on les détruira avec les précautions ordinaires. En tous cas on ne s'occupe d'elles qu'à la fin, lorsque leur mobilité rend les manœuvres plus faciles et plus innocentes. Dans ces conditions, la masse à enlever ne tient plus que par le ligament rond qu'on a pu parfois couper un peu plus tôt, et par le pédicule des vaisseaux utéro-ovariens, que l'on coupe directement ou après l'avoir étreint avec une pince ou simplement avec les doigts.

L'opération étant terminée du côté droit, il ne

reste qu'à répéter du côté gauche une opération identique. Elle est non moins facile et non moins rapide.

Lorsque l'utérus et ses annexes sont enlevés et les quelques vaisseaux liés au catgut, on termine l'opération, comme dans les procédés ordinaires, en suturant le péritoine et en fermant le vagin ou le laissant ouvert, suivant les habitudes ou les préférences de chacun. M. Faure le laisse ouvert. Un drainage vaginal avec un tube large et une longue mèche iodoformée complète l'opération.

Le ventre est refermé comme à l'ordinaire.

Telle est cette opération.

Elle est d'une surprenante facilité et permet d'enlever très rapidement des utérus et des masses annexielles dont, au premier abord, la dissection et la décortication semblaient très difficiles.

Le masseur cornet acoustique.

M. le D[r] *Marage* a présenté à l'Académie des Sciences, un nouveau cornet acoustique pour les sourds qu'il a inventé et dont il a donné la description suivante :

Ce cornet, qui porte le nom de masseur-cornet, se compose d'une lame mince de caoutchouc vibrant sous l'influence de la parole, *sans donner de son propre* ; en avant, se trouve une embouchure en forme de tronc de cône, qui ne renforce pas plus un son qu'un autre.

Si on soumet cet appareil à l'épreuve des flammes de vibrations, en prenant comme embouchure un masseur-cornet sans membrane, on voit que I, U, OU sont toujours caractérisés par une flamme, mais É, O, A ont chacun deux petites flammes surajoutées.

Si l'on interpose une membrane vibrante, en caoutchouc très mince, on constate que les flammes caractéristiques des voyelles apparaissent immédiatement, sauf pour É qui conserve une troisième flamme toute petite, ce qui n'a rien d'étonnant. Cette embouchure est donc, de toutes celles que nous avons employées, celle qui modifie le moins les flammes de chaque voyelle ; c'est ce qui explique que cet appareil, dans lequel, *il n'y a aucune partie métallique*, non seulement ne fatigue pas les malades, mais encore leur permet d'entendre même la voix chuchotée, sans qu'ils éprouvent une sensation désagréable ; en effet, lorsque l'on parle, il y a non seulement vibration de l'air, mais encore transport de l'air, et la membrane de caoutchouc s'oppose à cette translation.

Cet instrument, tout en empêchant le contact direct par l'air entre le parleur et l'auditeur, conserve au son une très grande pureté.

CHIRURGIE PRATIQUE

Fracture du col du fémur et luxation de la hanche.

Nombreux sont les cas où la fracture du col du fémur et la luxation de la hanche ont été confondus l'une avec l'autre et de fait, cela n'a rien de surprenant, car les ressemblances sont multiples et les différences parfois imperceptibles.

Mais, nous allons passer en revue les signes cliniques des deux affections et nous nous efforcerons d'en tirer des conclusions pratiques pour le diagnostic.

I.

FRACTURE DU COL DU FÉMUR.

Il y a deux variétés anatomiques de fractures du col du fémur : la fracture intra-articulaire, et la fracture extra-articulaire. La première est fréquente surtout chez les vieillards, et survient généralement à la suite de traumatismes assez légers : les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes. Tantôt il y a déchirure du périoste et de la capsule et déplacement, tantôt il y fracture sans déchirure du périoste, sans rupture de la portion réfléchie de la capsule ; il n'y a pas alors de déplacement et la plupart des signes de la fracture font défaut. La direction du trait de fracture est en général un peu oblique, de haut en bas et de dedans en dehors ; mais, parfois, elle est transversale ; les deux fragments peuvent s'engrener l'un dans l'autre et se pénétrer réciproquement.

Les trois symptômes capitaux de la fracture du col du fémur intra-capsulaire, sont : *l'impotence fonctionnelle absolue, le raccourcissement et la rotation en dehors.*

Généralement, le blessé ne peut réussir à imprimer le moindre mouvement à sa jambe, surtout le mouvement de rotation en dedans. L'élévation du talon au-dessus du plan du lit est impossible, sauf dans quelques cas très rares, où il y a engrènement des fragments et douleur très modérée.

L'impotence fonctionnelle est donc un signe de grande valeur, mais tout à fait insuffisant, quand il est seul.

Le raccourcissement est habituellement peu prononcé au début du traumatisme ; il ne s'accentue que progressivement, par suite de l'action musculaire. D'ailleurs, il peut varier suivant les cas et les sujets, de quelques millimètres à huit ou dix centimètres. Ce raccourcissement dépend, en effet, de deux causes : 1° la rotation en dehors ; 2° la déchirure de la capsule fibreuse ; pour que le raccourcissement soit notable, il faut nécessairement ces deux conditions ; donc, certaines fractures du col du fémur pourront ne pas s'accompagner de ce symptôme, ce qui ajoute encore à la difficulté du diagnostic. Un caractère important du raccourcissement quand il existe, est le suivant, signalé par les classiques :

« Le raccourcissement peut disparaître par une traction exercée sur le membre, *quand la pointe du pied a été ramenée en avant*, et il se reproduit dès que le membre est abandonné à lui-même. »

La rotation du membre en dehors existe à peu près constamment ; mais elle est toujours subordonnée au degré de déchirure de la capsule fibreuse.

On a cependant vu des cas où la rotation se produisait en dedans, par suite du siège de la fracture immédiatement au-dessus ou au-dessous des muscles rotateurs en dedans.

Dans les fractures intra-capsulaires du col du fémur, on note parfois un certain degré d'ascension du grand trochanter ou son déjettement en arrière.

On ne saurait rechercher la crépitation, ni la mobilité anormale dans ces fractures, tant sont

nombreux les cas où elles n'existent pas et tant sont multiples les causes d'erreur.

En dehors de la douleur produite par la fracture elle-même, il peut survenir une douleur aiguë, à pénibles exacerbations, due à une arthrite coxo-fémorale : cette complication est intéressante à noter.

Au point de vue du pronostic, les fractures intra-capsulaires du col du fémur sont toujours graves : elles se consolident mal, se réparent insuffisamment, par un cal fibreux, et amènent à leur suite, une claudication plus ou moins accentuée.

Les fractures extra-capsulaires s'observent généralement à un âge avancé, comme les précédentes, et sont occasionnées par un traumatisme direct sur le grand trochanter.

La direction du trait de fracture est oblique en dedans et en bas ; il siège à la base du col et répond aux lignes inter-trochantériennes antérieure et postérieure. Le fragment cotyloïdien pénètre le fragment trochantérien et le fait éclater en deux ou plusieurs morceaux.

Les signes de la fracture extra-capsulaire sont comme dans la fracture intra-capsulaire, l'*impotence fonctionnelle, le raccourcissement*, la *rotation en dehors*. De même que pour cette dernière variété de fracture, ils sont inconstants et peuvent faire défaut : toutefois, le raccourcissement et la rotation en dehors sont généralement plus accentués que dans le cas de fracture intra-capsulaire.

La crépitation et la mobilité anormale ne doivent pas être recherchées et ne pourraient avoir aucune valeur. Mais un signe d'une réelle importance doit être ajouté aux précédents : c'est *l'augmentation de largeur du grand trochanter*, Toutefois, l'augmentation de largeur du grand trochanter peut être *primitive* et due à la pénétration des fragments et à l'éclatement de cette apophyse, ou bien *consécutive* à l'inflammation des tissus ambiants et retardée d'une quinzaine de jours.

Comme conséquence de cette augmentation de volume de la région trochantérienne, il faut signaler *l'effacement* et même le *bombement du triangle de Scarpa*.

Ces deux signes sont connexes l'un de l'autre et ne sauraient exister l'un sans l'autre : plus le grand trochanter est augmenté de volume plus le triangle de Scarpa est saillant.

En somme, les fractures du col du fémur sont caractérisées par l'impotence fonctionnelle, le raccourcissement et la rotation en dehors ; or, une simple contusion de la hanche peut donner lieu à ces phénomènes, surtout pendant les dix premiers jours ; à ce moment, le diagnostic est donc bien souvent difficile. « Mais au bout de ce temps, les symptômes suivent une marche inverse, selon qu'ils appartiennent à une fracture ou à une contusion ; dans la fracture, ils s'accuseront davantage ; le raccourcissement se prononcera, l'augmentation de volume du grand trochanter pourra être reconnue après la disparition du gonflement, l'impotence fonctionnelle persistera ; la rotation sera plus évidente. Dans la contusion, au contraire, les mouvements limités reviendront de jour en jour (1). » Dans tous les cas, il faut se défier des crépitations

(1) Bouilly. Pathol. externe.

dues à l'arthrite sèche coxo-fémorale et ne pas les prendre pour une crépitation de fracture.

Pour reconnaître la fracture double verticale du bassin, qui produit, comme la fracture du col du fémur, un raccourcissement et une rotation du membre en dehors, il faut se baser seulement sur l'ascension de l'épine iliaque antéro-supérieure et sur la constatation du déplacement des fragments par le toucher rectal ou vaginal.

Nous avons suffisamment insisté sur les signes propres à chaque variété de fracture du col du fémur pour avoir fait bien comprendre que l'extra-capsulaire se distingue fréquemment de l'intra-capsulaire par plus de raccourcissement, plus de rotation en dehors, et un élargissement considérable du grand trochanter accompagné du bombement du triangle de Scarpa. Malgré la réalité de ces différences, « il sera nécessaire, dans un certain nombre de cas, de suspendre son diagnostic, de laisser le membre dans l'immobilité et de ne porter un jugement définitif que lorsque la résorption du gonflement, la diminution de la douleur, ou l'apparition de nouveaux signes permettront une appréciation plus exacte des phénomènes (1). »

Cette même réserve est nécessaire pour établir le diagnostic de la fracture du col fémoral avec la luxation en haut et en dedans (ilio-pubienne) de la hanche.

C'est cette difficulté que nous allons examiner.

II

LUXATION DE LA HANCHE.

Les luxations de la hanche peuvent se produire à la suite des mêmes traumatismes que les fractures du col du fémur ; mais, en général, elles se rencontrent surtout chez des hommes de 15 à 45 ans et parfois chez des enfants, bien exceptionnellement chez des vieillards.

A un âge avancé, le tissu osseux est altéré et se brise avant que la luxation ne se produise : dans l'âge adulte, l'os est résistant et c'est la capsule qui cède, l'os se luxe.

On distingue 4 variétés de luxations de la hanche : en arrière, en avant, en haut, en bas.

La luxation en arrière peut être iliaque ou ischiatique.

La luxation iliaque donne au membre une attitude en flexion, adduction et rotation en dedans avec raccourcissement ; c'est donc tout différent de la fracture du col fémoral. Cependant, il y a des exceptions où une luxation iliaque de la hanche, accompagnée, d'après Bigelow, de la rupture du faisceau externe du ligament ilio-fémoral, produit la rotation en dehors avec une légère abduction.

Là est le maximum de la difficulté.

Pour faire le diagnostic, on tiendra compte : 1° de l'âge du sujet ; chez le vieillard, la luxation est exceptionnelle ; chez l'adulte, elle est plus habituelle ; 2° de la possibilité de sentir la tête fémorale dans la fosse iliaque et de la possibilité de lui imprimer des mouvements de flexion et d'extension, mais non d'abduction, 3° de l'étude des lignes de Nélaton et de Malgaigne pour apprécier le déplacement de la tête fémorale.

« D'après Nélaton, dans la flexion à angle droit de la cuisse sur le bassin, une ligne allant

(1) Bouilly. Loco citato.

de l'épine iliaque antéro-supérieure à la partie la plus saillante de la tubérosité ischiatique, passe par le centre de la cavité cotyloïde ; la distance qui sépare cette ligne de la tête fémorale, indique le degré de déplacement de cette dernière. Malgaigne a montré que la perpendiculaire abaissée de l'épine iliaque antéro-supérieure sur le plan du lit, le malade étant dans le décubitus dorsal, aboutit à la partie la plus large de la grande échancrure et passe à 3 ou 4 centimètres de la cavité cotyloïde ; la tête n'atteint presque jamais cette ligne dans la luxation iliaque. »

4° Il est prudent de ne fixer son diagnostic qu'après une dizaine de jours de séjour au lit, si on a la moindre hésitation au moment de la première exploration.

D'ailleurs, le pronostic de la luxation iliaque n'est pas extrêmement grave ; en dehors de quelques phénomènes d'arthrite, il y a rarement abolition des fonctions du membre, quand la luxation est demeurée non réduite.

La luxation ischiatique s'accompagnant presque constamment d'adduction et de rotation en dedans très prononcées, il est à peu près impossible de la confondre avec la fracture du col du fémur. Dans les cas douteux, on fera bien de tenir compte de l'existence d'une cambrure de la colonne lombaire (le membre étant placé dans l'extension), signalée par Syme, ainsi que des résultats fournis par le toucher vaginal et le toucher rectal.

Les luxations en avant sont ou ischio-pubienne, ou ilio pubienne.

La luxation ischio-pubienne est généralement accompagnée d'*allongement* du membre avec rotation en dehors et abduction. Les mouvements d'adduction sont impossibles ; de plus, il y a généralement de la rétention d'urine. Enfin, cette luxation se rencontre toujours chez des sujets jeunes.

Plus ardu est le diagnostic de la fracture du col du fémur et de la luxation ilio-pubienne.

Dans cette variété de luxation, le membre est dans l'abduction et la rotation en dehors, en flexion légère, un peu raccourci. Le grand trochanter est en arrière, la tête du fémur est sentie dans l'aine, en dehors de l'artère fémorale. Pour différencier les deux genres de lésions, *ce qui n'est pas toujours possible*, au début surtout, on devra se baser sur ce que, dans la fracture, il y a une mobilité relative du membre, une absence complète d'abduction, et une réduction facile de la déviation. D'ailleurs, il n'y a pas à hésiter, à moins d'affection grave du cœur chez le blessé, il faut appeler un confrère, donner le chloroforme et faire une exploration méthodique en même temps qu'indolore de la région coxo-fémoralé.

Le diagnostic est, en effet, de première importance, car il faut ne pas trop remuer une fracture, et, au contraire, il faut réduire une luxation par des manœuvres de traction et d'abduction, après quoi, on immobilise avec un appareil d'Hennequin.

Nous n'avons pas parlé à dessein des variétés rares de luxation de la hanche en haut ou en bas. Elles ne sauraient se confondre avec les fractures du col fémoral.

Dr Paul HUGUENIN.

PRATIQUE RHINOLOGIQUE

Technique et indications des lavages du nez.

On considère souvent, et bien à tort, l'irrigation nasale comme une méthode thérapeutique sans inconvénient et sans danger. Elle constitue, même pour quelques-uns, une panacée administrée dans toutes les affections des fosses nasales. C'est là une erreur qu'il convient de redresser.

D'autre part, alors même qu'il est rigoureusement indiqué, le lavage du nez doit être fait suivant certaines règles générales indispensables à connaître.

Trois instruments principaux sont utilisés pour faire l'irrigation nasale : 1° la seringue ordinaire, dite à hydrocèle, munie d'un embout spécial de forme olivaire, aplati ou non sur la partie s'appuyant sur la cloison ; 2° le siphon de Weber avec un embout analogue ; 3° enfin, la seringue anglaise Enema à laquelle s'adapte une véritable canule coudée à deux ou trois centimères de son extrémité.

Le lavage à l'aide de la seringue à hydrocèle ne peut guère être fait que par le médecin et sera pratiqué de la façon suivante : On place au-dessous du menton du malade un vase quelconque destiné à recevoir le liquide sortant du nez. Puis, le patient tenant sa tête droite, légèrement penchée en avant, on introduit l'embout dans une narine, et, on pousse alors l'injection plus ou moins rapidement suivant le résultat que l'on désire obtenir. Le jet liquide sera toujours dirigé en arrière et un peu en haut, et, pendant ce temps, le malade évite soigneusement de faire un mouvement de déglutition. Il respire largement par la bouche ou, mieux encore, il dit à haute voix la lettre è, è.

Le siphon de Weber, simple tube en caoutchouc terminé d'un côté par l'embout nasal et de l'autre par une partie coudée plongeant dans un vase, est l'instrument le plus habituellement recommandé au malade. Il est de beaucoup le plus connu et le plus employé. Son principe, basé sur la différence des niveaux entre l'embout et le liquide placé au-dessus est trop simple pour que nous y insistions. Les deux points essentiels à connaître sont d'une part la pression du liquide, et, d'autre part, la direction à donner à la canule nasale.

La pression doit être aussi faible que possible, simplement suffisante en général pour permettre à l'eau de s'écouler librement. A ce point de vue, les appareils vendus dans le commerce sont le plus souvent assez courts pour que l'on n'ait pas à redouter l'excès de pression.

Nous avons déjà dit ci-dessus qu'il fallait diriger l'embout en arrière et un peu en haut. On l'introduira du côté de la fosse nasale la plus obstruée. De cette façon on évitera d'abord la percussion sur la base du crâne — percussion qui provoque des douleurs de tête — et en second lieu l'excès de pression, qui ne manque pas de se produire lorsque le liquide rencontre, à la sortie, un obstacle supérieur à celui de l'entrée.

La manœuvre avec la seringue anglaise demande les mêmes précautions : embout introduit dans la fosse nasale la plus obstruée, et dirigé en arrière et légèrement en haut. A moins d'indication spéciale exceptionnelle, appuyer sur la poire doucement, sans jamais forcer.

Les détails déjà indiqués plus haut : tenir la tête droite, la bouche entr'ouverte, respirer librement par la bouche ou dire à haute voix la lettre è, è. etc..., sont également applicables au siphon de Weber et à l'Enema. Une précaution utile, chez l'enfant en particulier, consiste à obturer avec deux doigts les conduits auditifs.

Après le lavage, garder la chambre une demi-heure ou une heure, si possible.

L'irrigation nasale, d'ailleurs, est beaucoup moins employée depuis que l'on a démontré son insuffisance absolue pour assurer l'antisepsie des fosses nasales. On l'a même accusée de nuire à cette asepsie en chassant le mucus protecteur de la pituitaire dont le rôle microbicide est de première importance. Nous savons tous, en outre, qu'elle a de sérieux dangers lorsqu'elle est mal faite, pour l'oreille et les sinus de la face, qu'elle peut infecter ; certains spécialistes vont même jusqu'à la proscrire d'une façon presque complète. Sans avoir cette rigueur excessive, il faut reconnaître qu'elle est souvent donnée plus à tort qu'à raison et il est nécessaire de se rappeler ses indications et ses contre-indications.

Elle est indiquée chaque fois que les fosses nasales sont infectées, remplies de sécrétions et alors que la muqueuse est manifestement dégénérée. Son double rôle est d'assurer l'antisepsie lorsque le mucus n'existe plus (muqueuse dégénérée) et de balayer les sécrétions lorsque le mouchoir n'y parvient pas (catarrhe trop abandant, sécrétions collées au pharynx nasal). L'ozène est le type absolu de ces indications, dans lesquelles rentrent aussi certaines rhinites syphilitiques tertiaires et quelques cas de catarrhe naso-pharyngien. Si le catarrhe nasal se traduit par une sécrétion facilement expulsée dans le mouchoir, le lavage du nez est inutile et plutôt nuisible, ainsi d'ailleurs que dans l'hypertrophie simple des cornets.

Nous arrivons ainsi aux contre-indications de cette méthode thérapeutique. Parfois l'irrigation provoque de la céphalalgie, souvent aussi elle donne un coryza aigu. Ces phénomènes peuvent être dus à l'emploi d'un liquide trop froid — l'eau doit toujours être tiède — ou à une mauvaise direction donnée à l'embout nasal. Dans bien des cas, toutefois, ces inconvénients tiennent à ce qu'on lave un nez qui ne doit pas l'être, comme dans le catarrhe simple de la pituitaire, l'hypertrophie des cornets avec ou sans déviation de la cloison, alors que le liquide chemine au travers d'obstacles, à son passage. Si l'obstacle est considérable, il détermine une pression excessive de l'eau accumulée derrière qui, rompant la résistance des trompes d'Eustache, passe dans les oreilles, quelquefois dans les sinus, car il ne faut pas oublier que la résistance des trompes est parfois assez faible. La pénétration du liquide dans l'oreille détermine une surdité rapide, plus ou moins intense, avec sensation de plénitude, avec ou sans bourdonnements. Cet accident n'entraîne pas fatalement des suites sérieuses, bien qu'il puisse être le point de départ d'une otite suppurée avec toutes ses conséquences.

Il est donc nécessaire, avant de prescrire les irrigations nasales, de s'en rapporter rigoureusement aux indications et contre-indications de ce procédé thérapeutique :

Laver toute fosse nasale infectée, dont la muqueuse est dégénérée (absence de mucus) et dont les sécrétions sont trop profondes (catarrhe naso-pharyngien) ou trop sèches (ozène, atrophie des cornets) pour être mouchées. Ne pas irriguer celle qui présente des obstacles sérieux à la circulation de l'eau (éperons, déviations de la cloison) et aussi celle qu'il est inutile de laver (hypertrophie des cornets). Dr P. Lacroix.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Cher confrère,

Nous avons jusqu'ici dédaigné les attaques du Docteur David dans les journaux politiques locaux et principalement dans la *République sociale*, organe collectiviste-révolutionnaire de Narbonne. Nous n'avions, en effet, nul besoin de nous défendre devant un public qui le connait, et qui nous connaît. Mais puisqu'il tente imprudemment de nous déconsidérer devant le Corps médical, qui ne nous connaît pas, nous avons le devoir de défendre notre dignité et celle de nos confrères de Narbonne, attaquée comme la nôtre. Nous n'avons pour cela faire qu'à vous prier de reproduire un article paru le 9 décembre 1897 dans le *Républicain de Narbonne*, organe officieux de la mairie, en vous remerciant de nous avoir communiqué la lettre David, avant son insertion n° 49.

Les lamentations de David.

Le docteur David n'a pu encore *digérer l'arrêté* de révocation le remplaçant comme médecin du dispensaire. Il remplit les journaux politiques et médicaux de ses plaintes et de ses récriminations. Dans l'hécatombe (selon son mot) des créatures de la municipalité socialiste, David émet la prétention qu'on aurait dû l'épargner. Il a traduit en prose, en mauvaise prose, la strophe célèbre :

L'épi naissant mûrit de la faux respecté ;
Sans crainte du pressoir, le pampre tout l'été
Boit les doux présents de l'aurore ;
Et moi, comme lui beau, jeune aussi comme lui
Quoi que l'heure présente ait de trouble et d'ennui
Je ne veux pas mourir encore.

Ce n'est pas d'une fierté bien farouche.

Le docteur David, dans son for intérieur, ne doit pas se faire illusion. La politique l'avait nommé au poste lucratif, dont il ne cesse de pleurer la perte, Pourquoi la politique ne l'en chasserait-il pas ?

Débarqué de Sigean, où il n'avait pas réussi, dans notre bonne ville de Narbonne, pour y chercher fortune, David a été bombardé, par son ami politique F..., médecin du dispensaire, en passant sur le corps de ses collègues plus anciens et plus méritants. Nous rappellerons les protestations qui suivirent sa nomination. Voilà pour l'intrigue et la faveur.

Quant à son rôle de médecin du dispensaire, il a été l'objet de nombreuses plaintes. Il y aurait une étude à faire à propos de l'influence d'une municipalité socialiste sur les maladies vénériennes. Il arrivait que l'hôpital ne recevait plus de femmes en traitement, alors que médecins et pharmaciens constataient en ville une recrudescence de maladies.

L'autorité militaire a adressé des observations, plusieurs fois, sur pareille situation.

Une simple statistique confirmera ce que nous avançons. Du temps que M. le docteur M... était chargé du dispensaire, nous constatons que le nombre de femmes envoyées en traitement à l'hôpital est le suivant : en 1889, 58 ; en 1890, 77 ; en 1891, 92 ; en 1892, 83. M. M... mourut au commencement de juin 1893 ; il est remplacé par MM. B... et David. Nous constatons qu'à la fin de l'année 1893, le nombre de femmes malades est descendu à 66 ; en

1894, il s'abaisse à 50 ; en 1895, il dégringole à 33, et en 1896, à 39.

On voit que la progression a suivi une marche descendante. Ce n'est pas que le personnel du bataillon de Cythère ait diminué, bien au contraire, mais alors, la négligence est patente et indéniable.

Ce qui complète la démonstration, c'est la découverte de 31 malades en août et septembre au lendemain de l'installation de la municipalité actuelle. Déjà, pendant l'intérim de M. P.... en juin, le chiffre s'élevait à 11 dont 6 reconnus le 16 juin.

Malgré ce zèle tardif, ce sont ces chiffres démonstratifs qui ont décidé l'administration à confier la sauvegarde de la santé publique à des titulaires plus consciencieux.

M. le docteur David est donc qualifié moins que quiconque pour récriminer contre son expulsion.

Le public aura remarqué quel dédain nous avions opposé jusqu'à ce jour aux attaques de M. le docteur David. Tant pis pour lui si nous avons dû donner publiquement les raisons de sa révocation. Il n'a qu'à s'en prendre à lui-même.

Les médecins du Dispensaire ont donc été révoqués pour raisons de service ; et, en acceptant leur succession, nous n'avons point failli aux règles de la dignité confraternelle.

Notre conduite, d'ailleurs, a été approuvée à l'unanimité et par le Syndicat médical, et par la Société des médecins de l'arrondissement de Narbonne (Séance du 15 novembre 1897). Nous ajoutons que nous sommes nommés au traitement de 1500 fr. chacun. M. David, dans son article injurieux, parle de « piston ». C'est à croire qu'il expose ses propres talents, qui le firent nommer médecin du Dispensaire à la mort du regretté Docteur M.....

Il était installé à Narbonne depuis quelques mois seulement et sa candidature se heurta à la demande collective de quatre médecins du bureau de Bienfaisance, ayant une moyenne de 12 ans de services, longtemps gratuits.

Sans tenir compte des services ainsi rendus aux prolétaires de Narbonne par quatre confrères honorables, le Dr F.... répondit par la nomination politique du nouveau venu. Et son confrère B...., bien qu'il fût ALORS socialiste, faillit bien ne pas être admis au partage, tant son concurrent savait : « jouer du piston ! »

Quant à la « souplesse de nos cartilages intervertébraux », le Dr David en parle vraiment avec trop d'imprudence. Tout le monde sait ici à quels assouplissements les ex-médecins du dispensaire se sont livrés, avec parents et amis, devant les nouveaux conseillers municipaux !

Et nunc erudimini.

Agréez, etc. Dr JOULLIE, Dr COMTE.

Nous avons reproduit, à regret, attaques et réponses. Nous ne reviendrons pas sur ces pénibles débats. Nous pensons que le *roulement* dans les services municipaux, pourrait, seul, faire disparaître le conflit. A. C.

L'application de la loi d'assistance médicale gratuite.

Un confrère de la Charente, M. B., nous avait demandé plusieurs renseignements concernant l'application de la loi d'assistance. MM. les contrôleurs du service ont bien voulu y répondre eux-mêmes, par la note suivante qui intéressera tous nos lecteurs : nous les remercions de comprendre si bien les sentiments qui animent le corps médical et l'utilité de notre collaboration à la mise en pratique de la loi de 1893.

Réponse aux questions posées par le Dr B., membre du Concours médical.

1° La convocation du médecin de l'assistance médicale, ou du représentant des médecins, constitue, aux termes de l'article 12 de la loi du 15 juillet 1893, une formalité essentielle pour la régularité des opérations d'établissement et de révision de la liste d'assistance. Au cas où cette convocation aurait été omise, il appartiendrait, aux intéressés, de réclamer du préfet et subsidiairement du ministre de l'intérieur, l'application de l'article 15 de ladite loi qui permet de faire annuler par le conseil de préfecture les opérations relatives à la liste, dans les 8 jours de la réception de celle-ci par le préfet ou le sous-préfet.

2° Les dépenses d'assistance médicale étant obligatoires, il n'importe que les prévisions budgétaires y afférentes soient insuffisantes. Lorsque l'exercice est clos les dépenses engagées doivent être liquidées et payées. Il n'y aurait de difficulté que pour les communes qui n'auraient ouvert à leur budget *aucun crédit* applicable aux dépenses du service de l'assistance médicale.

Dans cette hypothèse, c'est au préfet chargé de régler les budgets qu'il faut s'adresser afin d'obtenir qu'une si grave lacune ne se renouvelle point au prochain exercice.

3° Les réclamations concernant la composition de la liste d'assistance peuvent s'exercer de deux façons : à titre gracieux près du maire, à titre contentieux, près de la commission cantonale d'appel instituée par l'article 17 de la loi de 1893 ; la réclamation contentieuse doit, pour être valable, se produire dans un délai de 20 jours à partir de l'affichage visé à l'article 14. Si l'affichage n'avait pas eu lieu, ce serait le cas de réclamer l'annulation des opérations relatives à la confection de la liste comme dans le 1° ci-dessus.

Dans l'intervalle des revisions de liste, le préfet peut à la rigueur se substituer au maire, en vertu de l'article 85 de la loi municipale pour les admissions d'urgence, mais c'est là un droit dont il ne peut être fait usage qu'en cas de violation flagrante de la loi et si quelque doute subsiste sur la légitimité de l'admission d'urgence on ne peut pas l'imposer au maire, il faut attendre la révision trimestrielle de la liste pour faire statuer, en l'espèce, sur la qualité de privé de ressources du malade, étant bien entendu que la décision qui interviendra n'aura d'effet que pour l'avenir.

4° Il est dans l'esprit de la loi que les listes d'assistance ne soient pas immuables. Si quelqu'un paraît avoir été indûment rayé, tout habitant ou contribuable de la commune où il réside peut réclamer contre cette radiation et obtenir la réinscription de l'intéressé par la commission cantonale d'appel. Se reporter pour ce cas spécial à ce qui vient d'être exposé au 3° ci-dessus.

Arbitrage confraternel.

Il arrive de temps à autre que des difficultés s'élèvent entre médecins, soit au sujet de la vente d'une clientèle, soit au sujet d'un remplacement, d'un règlement de comptes, etc...

Le premier effet en est d'aigrir les relations entre confrères, sans parler des suites judiciaires toujours possibles.

Nous croyons que rien de tout cela ne se produirait si les intéressés recouraient à l'arbitrage soit de leur syndicat, soit d'un confrère désigné par sa droiture et la correction de sa conduite médicale.

Nous avons déjà signalé un cas d'arbitrage de ce genre qui arrêta un procès sur le point de s'engager.

En voici un autre qui met fin encore à une difficulté sérieuse :

Je soussigné docteur de Fourmestraux, désigné comme arbitre dans le différend survenu entre le docteur P. et le docteur D. et accepté comme tel par les deux confrères sus nommés ;

Considérant qu'à la suite d'un engagement conclu entre les docteurs P. et D., ce dernier devait remplacer le docteur P. du 18 juin à fin juillet, moyennant une indemnité de 15 francs par jour voyage de Paris à B···, résidence du docteur P. payé en seconde ;

Considérant que le docteur D. a bien commencé le remplacement au dit jour indiqué 18 juin, mais que le docteur P., à la suite de plaintes qui lui seraient venues de différents côtés de sa clientèle, a cru devoir pour sauvegarder ses intérêts, prier le docteur D. de cesser brusquement son remplacement dix jours après qu'il l'avait commencé, et lui a fait remettre une somme de 172 fr. représentant dix journées à 15 fr. et l'indemnité de frais de voyage de 22 fr.;

Considérant que s'il peut être accepté comme logique de la part d'un médecin qui se fait remplacer, de prier le confrère remplaçant de cesser son office, s'il craint de voir sa clientèle mise en péril, soit parce que le remplaçant n'aura pas plu, soit pour toute autre cause, ce qui paraît ici être le cas dans une certaine mesure,

Il y a lieu d'admettre que le médecin remplaçant subit un préjudice réel, puisque s'étant engagé à un remplacement qui devait lui rapporter 645 fr., il n'en a touché que 150. Que le docteur D. a pu être empêché et dit avoir été empêché d'accepter d'autres remplacements ;

Estime qu'il y a lieu à indemnité de la part du docteur P. et pense équitable de fixer cette indemnité à 200 fr.

Versailles, 31 juillet 1897.

D^r DE FOURMESTRAUX.

Nous serions heureux de voir cette pratique se généraliser.

Et c'est pour la faciliter que nous avons soumis à la dernière Assemblée générale la proposition de constituer un tribunal arbitral confraternel.

CORRESPONDANCE

20 octobre 1897.

Monsieur le Directeur,

Je viens vous raconter mes déboires avec une Compagnie d'assurances contre les accidents. Vous pourrez en faire profiter les lecteurs du *Concours* si vous le jugez utile, afin qu'ils ne se laissent pas exploiter comme moi, par les agents de cette Compagnie que je laisse aux lecteurs le soin de qualifier comme ils le méritent.

J'étais médecin de la Société de secours des mines de X. quand la Compagnie des mines passa avec la Compagnie d'assurances l'X. un traité d'assuranee comprenant le traitement de tous les accidents. Je vis un jour venir à moi, à la fin de 1896, le sous-agent X., petit personnage que j'avais en médiocre estime. Il m'annonça qu'il allait me faire nommer médecin de sa Compagnie ; mais, me dit le bonhomme, vous me ferez une petite remise, parce qu'il me serait facile de faire faire les constatations des sinistres de la région par d'autres médecins. J'eus le tort d'accepter, mais je ne tardai pas à constater que je n'avais aucune constatation à faire en dehors de la mine H. ; l'agent faisait les constatations lui-même :

J'appris que ma nomination avait été imposée à la Compagnie d'assurances par la Compagnie des mines, dont je soignais les malades depuis longtemps ; je ne devais rien au sous-agent et je cessai la petite remise — *Inde iræ*. — Je reçus la visite d'un inspecteur qui me demanda mes conditions ; j'avais eu le temps de copier le tarif d'un syndicat. On me dit qu'il serait sans doute accepté, mais que je devais prendre 10 actions de la Compagnie. Le directeur accourt, me fait souscrire 10 actions, c'était le minimum, et j'apprends quelques jours après que ces actions, que je payais 100 fr., valaient 30 fr. en Bourse : j'avais versé, en souscrivant, le quart des actions ; je vois revenir huit jours après l'inspecteur pour toucher les 3 autres quarts *non appelés*. J'y allais de confiance ; j'ai payé et maintenant ayant quitté mon poste le 1er août, j'attends le payement de mes honoraires, 491 fr. J'ai écrit plusieurs lettres à la direction qui ne répond pas. J'avais remis ma note au sous-agent qui se vante de ne pas l'avoir envoyée à la direction ; il a voulu persuader à mon successeur que si on ne lui fait pas une *petite remise* les notes des médecins sont fortement réduites si elles sont jamais payées. Prévoyant cette façon d'agir, j'avais envoyé une 2e note à la direction avec ma démission. La direction, ne sachant pas que je quittais mon poste, m'a répondu qu'elle donnait l'ordre de me payer immédiatement mes honoraires, soit 491 fr., me priant de continuer le service et ajoutant que, n'ayant pas de reproche à me faire pour mon service, elle espérait que je retirerais ma démission. Je dois ajouter que l'ordre de me payer a dû être donné à un agent général de N. avec lequel j'avais déclaré à la direction que je ne voulais avoir aucun rapport, le connaissant depuis longtemps.

Cet agent m'écrit qu'il a reçu l'ordre de me payer ma note réduite à 400 fr.

J'en réfère à l'administratiou qui donne à son agent l'ordre de me payer ma note intégralement, ce qui prouve que la réduction était le fait de l'agent, sans doute à l'insu de la Compagnie.

Forcé de s'exécuter, cet agent libelle un reçu que je dois lui renvoyer avant d'avoir reçu les fonds ! Je lui réponds que ma confiance ne va pas jusque là. Il me fait savoir qu'il ne comprend pas une telle défiance de la part « d'un médecin ». Il se refuse à m'envoyer mes fonds. Je suis obligé de lancer une traite qui est enfin payée ! ! !

J'espère que les lecteurs du *Concours* feront leur profit de cette histoire.

Dr A...

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Le retour au bon sens.

Nous remercions vivement nos confrères MM. les Drs Duquesnel (de Roye) et Chevallier (de Compiègne) de nous avoir adressé le compte-rendu ci-dessous d'un procès qui vient d'être jugé à Amiens. Le tribunal s'est rendu compte du danger que nous fait courir la thèse provisoire de la neuvième chambre de la Seine, et il a refusé de voir autre chose que du chantage et de la sottise, là où il n'y avait que sottise et chantage. Ceci est d'un bon augure pour l'appel du confrère Laporte ; les magistrats comprendront, devant des faits de ce genre qui sont la conséquence immédiate de l'erreur commise, qu'on s'honore beaucoup en reconnaissant une faute, tandis qu'on perdrait tout prestige à maintenir d'injustes arrêts.

Au commencement du mois de novembre dernier, M. le docteur Duquesnel, conseiller général de Roye, recevait d'un nommé Feuillette, ancien équarisseur à Roye une lettre ainsi conçue :

Monsieur,

En 1887, vous avez accouché ma femme et en pra.

tiquant la craniotomie, vous avez, par votre maladresse et en employant des instruments tels, développé chez elle une péritonite qui a déterminé la mort.

Si vous aviez fait l'opération césarienne, vous auriez pu sauver mon enfant.

Mais comme vous étiez d'accord avec ma belle mère pour faire mourir ma femme et mon enfant, vous avez préféré la craniotomie.

En faisant mourir ma femme et mon enfant, vous m'avez porté un préjudice dont je vous demande réparation immédiate, et si vous ne m'envoyez pas dans les quarante-huit heures une somme de dix mille francs, je fais une dénonciation au Parquet pour lui signaler vos faits et gestes.

Signé : FEUILLETTE.

Le procureur de la République auquel M. le docteur Duquesnel a transmis cette lettre a ouvert une information et aujourd'hui il poursuit le nommé Feuillette, actuellement gérant de brasserie à Amiens, pour tentative d'extorsion de fonds.

Plusieurs médecins assistaient aux débats qui ont duré environ une heure et demie devant le Tribunal correctionnel d'Amiens.

M. le Dr Duquesnel, conseiller général à Roye, a été tout d'abord entendu par le tribunal. Il explique dans quelles circonstances la lettre qui lui a été envoyée par Feuillette, dans laquelle ce dernier lui réclamait une somme de 10.000 fr., a été remise au Parquet. Lorsque cette lettre lui parvint, dans les premiers jours du mois de novembre, il en conclut tout de suite qu'elle était une conséquence du procès Laporte.

L'honorable docteur donne ensuite des explications sur les soins qu'il a été appelé à donner à la femme Feuillette. Le 5 décembre 1889, M. Dercheu, médecin, et Mme Boulogne, sage-femme, étaient depuis quarante-huit heures auprès de la femme Feuillette, souffrant des douleurs de l'enfantement. Par deux fois, M. Dercheu avait tenté d'appliquer le forceps, mais l'opération ne réussit point par suite de l'étroitesse du bassin.

C'est alors que le médecin et la sage-femme firent appel à M. Duquesnel. Celui-ci partit aussitôt muni de ses forceps. En examinant la malade, il constata un rétrécissement énorme du bassin. Il essaya, sans résultat, d'appliquer le forceps. Il ne restait qu'une seule chose à tenter : la craniotomie.

Le docteur ajoute qu'il a fait énormément d'accouchements ; comme toujours, il a pris les précautions d'usage. Il perfora le crâne de l'enfant et, quand cette opération fut pratiquée, il se retira, en priant son confrère et la sage-femme de l'appeler dans la nuit si son concours était de nouveau nécessaire.

Le lendemain matin, à huit heures, la femme était morte. De quoi ? D'une déchirure, sans doute, conséquence des efforts qu'elle avait faits pour mettre l'enfant au monde.

En cette circonstance comme en toutes autres, l'honorable docteur a fait son devoir, tout son devoir. Il peut marcher le front haut, car il n'a rien à se reprocher.

M. le *Président*. — Il résulte de vos explications que vous avez procédé comme vous deviez le faire. En ce qui concerne la plainte, il faut dire que Feuillette s'y est pris un peu tard, et vous pensez que c'est l'affaire Laporte qui lui a donné l'idée de vous réclamer 10.000 francs de dommages-intérêts ? Il ne s'agit pas ici, du reste, de savoir si vous avez ou non bien procédé, mais d'une affaire de chantage.

M. le docteur Duquesnel demande à ajouter quelques mots à sa déposition. Au mois de mai 1889, la femme Feuillette demeurait à Tilloloy chez sa mère ; ayant été appelé à lui donner ses soins, il constata qu'elle était dans une position intéressante. « Il y a, lui dit-il de fortes présomptions que vous êtes enceinte, et comme vous êtes mal conformée, je vous engage à vous faire accoucher avant terme. »

« Feuillette le savait. Au lieu de suivre mes conseils, il préféra la laisser mourir. »

Le prévenu s'avance ensuite à la barre. Il déclare se nommer Feuillette (Auguste-Eugène), né à Nesle en 1854, ex-équarisseur à Roye, actuellement directeur de brasserie à Amiens.

Le président lui rappelle qu'il a été condamné une fois par le tribunal de Montdidier, à 100 fr. d'amende pour rebellion. Il ajoute : Vous passez pour un homme excentrique, ayant parfois des idées singulières. En 1889, votre femme étant en couches, demanda le secours d'un médecin du pays, qui, lui-même, fit appel au concours du docteur Duquesnel. C'est celui-ci qui a opéré et il vient de nous dire quelle a été sa manière de faire et le résultat de son opération.

Avez-vous pensé qu'il avait mal opéré ?

Le prévenu : Oui.

D. Qu'avez-vous à dire sur l'opération ?

R. Il a opéré trop vite et par précipitation.

D. M. Dercheu avait tenté l'opération sans réussir.

R. M. Duquesnel est arrivé chez moi le 4, pour faire l'accouchement. Il essaya une fois son forceps. N'ayant pas réussi il pratiqua alors la craniotomie. Ma femme s'est mise à crier : « Vous me piquez ! »

M. Duquesnel a abandonné ma femme et n'est pas revenu.

D. Duquesnel nous a dit qu'il était revenu le lendemain et qu'il avait été surpris en apprenant la mort de votre femme.

R. Il n'aurait pas dû pratiquer la craniotomie, car alors l'enfant aurait vécu.

D. Pourquoi avez-vous attendu si longtemps pour protester ?

R. C'est l'affaire Laporte qui m'en a donné la pensée.

D. De sorte que, plus fort que les médecins de Paris, vous avez conclu que le docteur avait commis une imprudence. Sur quoi fondez-vous votre accusation ? Vous n'avez en la matière aucune expérience. Sur les déclarations de la femme ? Elle souffrait, mais rien ne dit que l'opération ne l'ait pas fait souffrir. Enfin, sur quoi vous fondez-vous pour dire que le docteur Duquesnel a tué votre femme et votre enfant ?

R. Il n'a pas tué ma femme, mais mon enfant,

D. Et alors, au bout de huit ans, vous avez réfléchi que vous pouviez réclamer une indemnité?

M. le Président donne lecture de la lettre adressée par Feuillette au docteur Duquesnel :

Vous prétendez que le docteur était entendu avec votre belle-mère, car après la mort de votre femme, vous avez été obligé de rendre sa dot, et de liquider votre commerce. Vous vous êtes dit de plus : « Mon enfant étant mort, je n'hérite plus de ma belle-mère ; par suite je suis en droit de demander 10.000 francs de dommages-intérêts. »

Si l'on comprend bien la pensée qui vous a guidé en écrivant cette lettre, on en conclut que si votre femme seule était morte, vous n'auriez pas adressé de reproches au docteur, car l'enfant, en vivant, recueillait l'héritage de votre belle-mère. Les deux

étant morts, vous ne pouvez plus hériter ni de votre femme, ni de votre belle-mère.

C'est presque du cynisme de votre part. Vous ne vous plaignez, en somme, que d'une chose : De ne plus pouvoir hériter. Si le docteur n'avait « tué » que votre femme, vous vous seriez consolé.

R. J'aurais préféré que l'enfant mourût, seul.

D. Vous finissez par reconnaître que vous avez commis un véritable chantage. Persistez-vous toujours à dire que M. le docteur Duquesnel vous doit des dommages-intérêts ?

R. J'estime que quand on commet une bêtise, on doit en supporter les conséquences.

D. En résumé, vous êtes inculpé de tentative d'extorsion de fonds à l'aide d'imputations diffamatoires. Maintenez-vous avoir droit à dix mille francs ?

R. Oui.

D. Mais vous n'appuyez votre réclamation sur aucun avis de médecin.

M. Ducatez, substitut de M. le Procureur de la République, dit que le tribunal se trouve en présence d'une vulgaire affaire de chantage, et c'est un simple maître-chanteur qu'il a à juger. Feuillette est inculpé de tentative d'extorsion de fonds, délit prévu par l'article 400 du code pénal, punissant d'un emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de 50 à 3,000 fr.

Vous connaissez les deux acteurs : d'une part, le docteur Duquesnel dont l'honorabilité est parfaite, et dont la façon d'opérer pendant sa longue carrière est à l'abri de tout reproche ; d'autre part, un individu condamné en police correctionnelle.

Après l'affaire Laporte, Feuillette s'est rappelé la mort de sa femme et s'est dit : Avec cette affaire-là, je pourrai peut-être battre monnaie. C'est alors qu'il a écrit sa lettre. L'inculpé est sans ressources, il voudrait s'expatrier, au Mexique, mais il faut de l'argent pour un tel voyage.

Tout à l'heure, il nous a dit : « Quand on commet une bêtise, on doit en supporter les conséquences » ; je lui dis à mon tour : « Vous avez commis une bêtise, vous en supporterez les conséquences. »

Me Armand Jumel, du barreau d'Amiens, prie le Parquet d'ouvrir une instruction sur l'accusation portée par Feuillette contre un docteur. L'affaire présente une grande analogie avec l'affaire Laporte. Or, Laporte a été condamné à trois mois de prison par la 9e chambre correctionnelle.

A plusieurs reprises, le président rappelle au défenseur que le tribunal n'a à juger qu'une affaire de chantage. Me Jumel n'en persiste pas moins à demander une enquête.

A quatre heures et demie, les débats sont clos. Le tribunal se retire pour délibérer.

Après trois quarts d'heure de délibération, le tribunal rapporte un jugement qui condamne Feuillette en 15 jours de prison et aux dépens. Le tribunal a admis les circonstances atténuantes. (*Progrès de la Somme.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat professionnel des médecins de Marseille.

17 Décembre 1896.

Après l'allocution de M. le Dr Lachaux, président, et la lecture du rapport sur les travaux de l'année par M. le Dr Molinié, secrétaire-général, le syndicat proteste contre le décret du 4 janvier 1896 sur l'examen imposé aux médecins sanitaires et émet le vœu que le prochain Conseil fasse auprès du Gouvernement tous ses efforts pour obtenir l'annulation du décret.

Livre Noir.

M. J. Roux souhaite la continuation du Livre Noir, mais il constate que les additions annuelles sont peu nombreuses : il craint que les médecins n'hésitent à signaler les malades de mauvaise foi à cause de l'inscription de leur nom en regard de celui du personnage signalé. Il propose que le Livre Noir contienne simplement le nom des clients malhonnêtes avec l'indication de leur domicile. Le nom du médecin qui les aurait signalés serait seulement porté sur un registre à souche demeurant chez M. Avon et que chacun des membres du syndicat aurait le droit de consulter.

Cette proposition est adoptée.

Ordre des médecins.

M. de Lunx, après un aperçu sur la situation du corps médical vis-à-vis des sociétés de secours mutuels, constate que l'entente complète du corps médical qui serait nécessaire n'est pas encore un fait accompli.

La situation serait autre, si on obtenait la création d'un Ordre des Médecins analogue à celui des avocats.

Il propose de s'associer aux efforts de l'Union des Syndicats par le vote et la résolution suivante :

Les médecins syndiqués de Marseille, réunis en Assemblée Générale, s'associent à la proposition faite par M. Lasalle en faveur de la création d'un Ordre de Médecins et demandent que, sur l'initiative de l'Union des syndicats, les pouvoirs publics prennent immédiatement les mesures pour fonder cette institution.

Cette résolution est adoptée et sera transmise à l'Union des syndicats.

Bureau.

Le renouvellement du Bureau donne les résultats suivants :

Président : M. Machon Bey.
Vices-Présidents : MM. Sicard et Ch. Bourdillon.
Trésorier : M. Amalbert.
Secrétaire-général : M. Molinié.
Conseillers : MM. Battini, Castelli, Casteuil, Coche, Descosse, Froment, Laplace, Lachaux, de Lunx, Payan.

Le *Secrétaire*,
Dr J. Molinié.

REPORTAGE MÉDICAL

Le Sou médical. — Les journaux de médecine de Belgique, et spécialement la *Gazette médicale de Liège*, louent sans réserves notre œuvre nouvelle, le *Sou médical*. Ils profitent même de cette circonstance pour nous donner en exemple à la fédération médicale, dont ils blâment les lenteurs et les hésitations. Si sensibles que nous soyons à leurs éloges, ils nous pardonneront d'en atténuer un peu les conclusions, en rappelant 1° ce que firent les médecins de Bruxelles dans la lutte contre la Mutualité, et 2° l'impression laissée parmi nous, l'année dernière, par MM. Cuylits, Vandam et Vanhassel, lorsqu'ils vinrent entretenir l'assemblée

générale de l'Union des syndicats, des *actes* de solidarité pratiqués par les médecins belges contre les collectivités hostiles. C'est tout simplement à des *actes* de ce genre que le Sou médical veut se consacrer, en se plaçant sur tous les terrains où se fera sentir la nécessité d'une énergique défense.

— *La clôture de la souscription Laporte.*— Réflexions du *Journal de médecine de Bordeaux* :

« Notre souscription est close. *Trente-sept* confrè-« res y ont pris part, et si nous défalquons de ce chif-« fre les dix-neuf membres du Comité de rédaction « du *Journal de Médecine*, qui ont eu l'initiative de « la souscription et qui se sont inscrits en tête de « la liste, il reste seulement *dix-huit* ! adhérents « pour Bordeaux et la région.

« Oui, *dix-huit* médecins sur nos *cinq cents* abon-« nés ont seuls répondu à notre appel. C'est incroya-« ble, mais c'est comme cela. Et remarquez qu'il n'y « en aurait pas eu probablement davantage, alors « même qu'on n'aurait eu que la peine d'envoyer « simplement son nom, sans aucune souscription.

« Comment qualifier cette négligence ou cette « indifférence de la part de nos confrères, quand « nous leur avions demandé instamment d'affirmer « leurs sentiments de solidarité professionnelle en « protestant par leur adhésion contre la détention « préventive et la condamnation injustifiées du « Dr Laporte ?

« Qu'on interpète comme on voudra cette absten-« *tion en masse* ; mais, pour nous, nous y voyons « avec une profonde tristesse l'indice d'un état d'es-« prit qui est loin d'être favorable à la confraternité « et au succès de nos justes revendications.

« Que les trop rares confrères qui ont répondu à « notre appel reçoivent nos sincères remerciements. « Nous avons fait notre devoir et cela nous suffit.

« Plaise à Dieu qu'aucun de ceux dont nous n'a-« vons pu secouer la torpeur n'ait jamais besoin de « faire appel à la solidarité professionnelle ! »

(*Journal de médecine de Bordeaux*).

— *La Société locale des Bouches-du-Rhône nous a fait* parvenir la lettre suivante : La Société que j'ai l'honneur de présider a pensé que l'Association Générale des Médecins de France devait élever la voix dans ce procès qui porte une atteinte si grave à la conscience et à la dignité de notre profession.

Voilà pourquoi elle a voté à l'unanimité l'ordre du jour suivant, proposé par M. le Dr Queirel, professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de Médecine de Marseille :

« Considérant que le Dr Laporte n'a commis aucune faute professionnelle;

« Considérant que l'absence de lésions des orifices naturels, constatée par l'expertise médico-légale, démontre, au contraire qu'il a donné des preuves d'habileté ;

« Considérant, d'autre part, que la dite expertise a été notoirement insuffisante pour justifier les faits incriminés et reprochés à notre confrère ; qu'il est regrettable qu'elle ait été le prétexte de la condamnation de ce praticien et qu'il est inouï que cette condamnation ait été précédée de la détention préventive, avant même la connaissance approfondie des griefs articulés et alors qu'il n'y avait eu, en l'espèce, aucune intention de nuire ;

« L'Association médicale des Bouches-du-Rhône, réunie en Assemblée Générale extraordinaire, adresse au Dr Laporte l'expression de toute son estime et de sa sympathie. »

En vous laissant le soin de faire de cette délibération tel usage que vous jugerez convenable, je vous prie, Monsieur le Président et très honoré Collègue, de vouloir bien agréer l'assurance de ma considération la plus distinguée,

Dr Villars, *président.*

— *Corps de santé de la marine et des colonies.*— L'incertitude qui règne au sujet du futur mode de recrutement des médecins de la marine et des colonies, produit une grande inquiétude à Bordeaux. La municipalité avait consenti de gros sacrifices en vue de la création de l'école de médecine navale : ces sacrifices vont-ils être perdus ? Le ministre des colonies, M. Lebon, interrogé à ce sujet lors de son retour du Sénégal, a fait des promesses aux représentants de Bordeaux, mais il n'a pas réussi à tranquilliser tout le monde.

— *Un jugement du tribunal de Narbonne pour soi-disant diffamation d'un pharmacien par un médecin, dans la chambre d'un mourant*, vient de conclure à l'acquittement.

« Attendu, dit le jugement, que L..., pharmacien, cite devant le tribunal le Dr A..., à raison de propos diffamatoires tenus par celui-ci ;

« Attendu qu'il est établi par les débats que le Dr A... se trouvait dans la chambre du sieur C..., le 25 septembre 1897, au moment où ce dernier expirait ;

« Qu'aussitôt le Dr A..., qui avait donné ses soins au malade, dit, en s'emparant d'une fiole de médicaments : « Le pharmacien a dû ajouter quelque « chose à ce remède. qui devait guérir le malade, « et je vais faire analyser le contenu » ;

« Attendu que ce propos, qui est incontestablement de nature à porter atteinte à la considération du plaignant, a été tenu dans la chambre mortuaire, située au premier étage de la maison C..., devant de nombreuses personnes accourues pour assister la famille C... au moment du douloureux événement qui venait de la frapper ;

« Attendu qu'il est constant que les portes de la maison étaient ouvertes ; mais qu'il n'est pas possible d'admettre, malgré l'appréciation contraire de la plupart des témoins, que les propos proférés par le prévenu aient pu être entendus par des personnes qui se seraient trouvées dans l'impasse publique qui donne accès à la maison C... ;

« Attendu que la chambre d'un mourant est un lieu essentiellement privé et ne saurait être transformé en lieu public ou accidentellement public, quel que soit d'ailleurs le nombre des personnes présentes ;

« Attendu que la publicité d'un propos est caractérisée par la nature du lieu où il est proféré et en aucun cas par le nombre des personnes qui l'ont entendu ;

« Que, par suite, la diffamation poursuivie contre le Dr A... manque de la publicité, élément essentiel à l'existence du délit ;

« Que, dès lors, les propos proférés, quelque blâmables qu'ils soient et quelque nuisibles qu'ils puissent être à l'exercice de la profession du plaignant, ne sauraient être l'objet d'une répression... »

En conséquence, le Dr A... a été acquitté. Quant au pharmacien L..., il a été condamné aux frais du procès.

— Vient de paraître chez Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris : Bibliothèque de l'élève et du praticien. *Traité élémentaire des maladies des voies urinaires*, par le Dr E. Desnos, ancien interne des hôpitaux de Paris, Lauréat de l'Institut, etc., etc. Préface du professeur F. Guyon, deuxième édition revue et corrigée. Un volume in-18 jésus cartonné diamant tranches rouges, de 969 pages, avec figures dans le texte et une planche en couleur hors texte. Prix : 10 fr.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4217.— M. le docteur Leriche de La Souterraine (Creuse), membre du syndicat de la Creuse.

N° 4218.— M. le docteur Pic, de Lyon, présenté par MM. les docteurs Cézilly et Maurat, de Chantilly (Oise).

Malgré la clôture de la souscription Laporte, nous avons encore reçu quelques sommes qui figureront dans le prochain numéro. Nous prions instamment nos lecteurs de vouloir bien cesser tout envoi.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-Neuvième année N° 52 25 Décembre 1897

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

A propos de nouveaux certificats gratuits.

La *Commission supérieure du travail dans l'industrie* vient de se plaindre, en son rapport annuel, de la résistance des médecins à délivrer *gratuitement* les certificats d'aptitude physique pour l'admission des enfants dans les établissements industriels.

Dès la promulgation de la loi de 1894, le « Concours médical » avait prédit que cette nouvelle prétention verrait le jour : elle l'a vu.

Voici en quels termes s'exprime le susdit rapport :

Si, dans un certain nombre de départements, les médecins chargés de délivrer les certificats d'aptitude physique n'ont pas été désignés, il est des régions où cette désignation s'est faite très heureusement. Le préfet de la Gironde, notamment, a transmis au service de l'inspection la liste nominative des médecins chargés du service. Il serait à souhaiter que cette mesure fût généralisée. Il s'agit là d'un intérêt social dont les médecins ne sauraient se désintéresser. Il suffira aux préfets de faire appel à leur dévouement, pour vaincre des résistances, qui ne se seraient peut-être pas produites si des préfets ne leur avaient représenté la tâche élevée à laquelle ils les conviaient comme un devoir et une obligation légale ».

Ainsi, c'est entendu : MM. les Préfets emploieront la persuasion et feront de la rhétorique ; mais il faut qu'ils obtiennent les certificats sans bourse délier.

Eh bien, que la Commission du travail, si supérieure qu'elle soit, nous permette de le lui dire : « Cela c'est de la mendicité, ce n'est pas de l'administration, nous protestons contre ces hypocrisies ».

Les médecins, qui ne manquent pas autant de logique que bien des administrateurs, s'étonnent, de plus en plus, en voyant ce qui se passe à la promulgation des lois qui les touchent. Qu'ils votent la déclaration obligatoire des maladies contagieuses, les encouragements à la mutualité, la responsabilité des patrons pour les soins aux victimes des accidents du travail, nos représentants ne veulent pas s'occuper d'indemniser justement le médecin pour les charges qu'on lui crée et le préjudice qu'on lui cause. Cyniquement, ils nous font payer les frais de leurs réclames électorales : à moins que la portée budgétaire de leurs déterminations ne leur échappe, ce qui ne serait pas plus flatteur pour eux.

D'autres fois, ils disent s'en remettre aux conseils généraux ou aux communes, du soin de nous honorer, mais ils se gardent bien de prévoir, dans ce but, les mesures coercitives, et, comme pour la loi d'assistance, nous laissent porter le poids de leurs largesses.

Si nous étions des fonctionnaires, officiers, percepteurs, receveurs de ceci ou de cela, nous n'aurions pas à protester : le ministre, notre chef hiérarchique, ayant qualité pour accepter, en notre nom, les corvées nouvelles, ou pour nous les imposer ensuite.

Mais nous ne sommes, ni ne voulons être des fonctionnaires : nous sommes des citoyens tout simplement. A ce titre, nos services doivent être payés, et nos sacrifices à l'utilité publique sont justiciables de l'indemnité, comme l'expropriation d'un domaine privé.

En conséquence, toutes les lois, qui ne peuvent être appliquées qu'avec notre concours ou à notre préjudice, comportent fatalement l'ouverture d'un crédit.

C'est là un axiome de comptabilité et de justice sociale qu'il faut rappeler sans cesse à toutes les commissions supérieures du travail, de l'assistance, de la mutualité, etc., à tous les parlementaires en mal perpétuel de candidature, aux ministres, à toutes les collectivités.

Si le corps médical s'abandonne sur ce point, s'il accepte des négociations et des concessions, il sera noyé, au siècle prochain, dans l'armée de fonctionnaires qui constituera la France.

Quelle riante perspective !

Dr H. JEANNE.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les hémorrhagies du début de la Rougeole

Le Dr *Depasse* a signalé cette année, à la Société de médecine du VIe arrondissement, plusieurs cas d'hémorrhagies utérines au début de la rougeole, accidents que l'on ne trouve pas suffisamment indiqués dans les auteurs classiques.

Nous savons tous que les maladies infectieuses peuvent causer des hémorrhagies ; l'altération du sang par les microbes et leurs toxines est une des causes qui facilitent son passage à travers les vaisseaux dont la modification n'est pas suffisamment connue. Mais pourquoi ces hémorrhagies ont-elles plutôt lieu par un organe que par un autre ? Pourquoi plutôt par le nez que par les reins, que par l'utérus ? En tout cas ces pertes de sang sont souvent un des premiers symptômes de la maladie à évolution.

Les métrorrhagies au début de la rougeole sont connues, mais doivent être très rares, car on en trouve fort peu d'observations.

Cependant cette action de la rougeole sur l'utérus est indéniable. Elle peut être néfaste dans les grossesses, surtout vers la fin de la grossesse, mais les cas de métrorrhagie chez les femmes adultes sont rares. Dans le *Dictionnaire de Dechambre*, Sanné, qui a fait l'article ROUGEOLE d'une façon très complète, y fait trois fois allusion, mais sans insister.

Despine, qui a fait l'article ROUGEOLE dans le *Dictionnaire de Jaccoud* (après celui de Sanné), n'en parle pas du tout.

Guinon à l'article ROUGEOLE du *Traité de médecine* n'en parle pas non plus.

Trousseau, Peter, Chomel, dans leurs cliniques, n'en font pas mention.

Suppurations multiples consécutives à la grippe.

M. le Dr *Paul Boucher*, de Paris, a étudié dans sa thèse les suppurations multiples, à sièges, très variables, que l'on peut voir se produire dans le cours ou dans la convalescence de la grippe.

Parfois, elles sont très superficielles et sous-épidermiques (Pyodermites du professeur Leloir); parfois elles sont furonculeuses, et sous ou intra-dermiques.

Elles peuvent être plus profondes, sous-cuta-

FEUILLETON

Nouvel an !

On a beau être las et découragé, il est impossible de ne pas subir l'influence de l'universelle joie, factice ou sincère, des fêtes de Noël et du premier janvier. On a beau se dire qu'on a plus oublié qu'on n'a appris, que l'année expirante emporte quelques-unes de nos dernières illusions et nous laisse des rides et des cheveux blancs à la place, malgré les déceptions passées, on se plaît encore à se laisser bercer par d'allègres espérances ! La pierre étant scellée sur les mécomptes d'autrefois, on se raccroche à l'illusion d'un renouveau plus ensoleillé. Au lieu de se sentir meurtri et caduc, on retrouve momentanément en soi, au fond de l'être, des regains de jeunesse, un arriéré de vitalité, de généreux enthousiasmes, pour s'élancer dans la bataille de la vie et se raidir contre la décadence.

Je souhaite du moins qu'il en soit ainsi pour tous nos confrères du *Concours* ; je souhaite que le nouvel an leur sonne gaiement la charge et leur apporte une ardeur imprévue, pour remplir heureusement et dignement les 365 jours du calendrier énigmatique, que le facteur vient de leur apporter.

Je répéterai, ce soir, à leur intention, la prière de l'Hindou qui demandait aux mânes de ses ancêtres que, dans sa famille, le nombre des hommes de bien s'accroisse et qu'il ait beaucoup à donner.

J'ai déjà dit, plusieurs fois, dans ce journal, mon admiration et mes sympathies pour les médecins des campagnes, pour ces frères peu favorisés, qui ont si peu d'échappées réconfortantes dans la vie restreinte, presque murée, que le hasard leur fit. Ils sont pourtant résignés, au lieu de se plaindre avec amertume et de s'abandonner au désespoir. Ah ! pour les empêcher de défaillir, comme je voudrais pouvoir rendre leur destinée moins implacable, comme il me serait doux de leur apporter, avec des paroles qui font chaud au cœur, des réconforts supérieurs, des viatiques exceptionnels !

Qu'ils se garent surtout de la gravité morose du paysan, qui, paraît-il, se gagne, de cette somnolence ultra-apaisée, de cette lassitude stérile, qui empêcheraient d'arrêter le bonheur, s'il venait à passer à portée de la main. — Puisque, d'après Horace, le doux sommeil ne dédaigne pas l'humble toit de l'homme des champs, *non humiles domos fastidit*, que nos amis ruraux, après des nuitées réconfortantes, inconnues à la ville, jouissent en paix des beautés de la nature, des matins ensoleillés, des soirs empourprés, de tous les agréments de la vie extérieure, de toutes les petites joies qu'on éprouve à se mêler d'une façon intime à ce changeant et mobile univers : Le bonheur, a-t-on dit, est en dedans de nous-mêmes ; il se cache surtout dans le solitaire refuge d'une calme médiocrité !

Vous vous êtes probablement déjà offert les meilleures étrennes, celles qui causent le plus de joie, donner le bibelot ou le colifichet convoités à ceux qui vous entourent, apporter quelque baume à la dolente misère, aux souffrances qu'on peut apaiser : *manibus date lilia plenis* !

Hâtez-vous de compléter cette première joie par la constatation qu'une haleine vivifiante de fraternité vient vraiment de souffler sur notre corporation. Il n'y a plus à en douter, nos rangs se sont serrés avec ensemble, depuis qu'on nous attaque et nous avons montré une réelle unanimité dans la défense, surtout dans l'affaire Laporte. Un même souffle de compassion, un même frisson d'humanité, nous ont tous fait vibrer. C'est un bon commencement, et l'an 1898 aura bien mérité de nous, s'il accentue ces prémisses de concorde, de cohésion, nullement incompatibles avec l'indépendance d'esprit et la liberté d'allures, s'il nous rend conscients de l'importance de nos forces collectives, de nos affinités réunies en faisceaux. — Il faut que le nouvel an soit un réformateur, marque un progrès, fasse mieux que celui qui l'a précédé, soit moins

nées ou sous-aponévrotiques, ou même périviscérales : on a rapporté plusieurs cas d'abcès périnéphrétiques.

Le diagnostic et le traitement de ces abcès n'a rien de spécial. La thérapeutique sera surtout préventive, et consistera dans l'antisepsie des premières voies, car beaucoup de ces affections paraissent avoir pour point de départ la cavité bucco-pharyngienne.

Le bacille en navette des angines pseudo-diphthériques.

Le dernier mot est loin d'être dit sur la diphthérie et la bactériologie des angines. Dernièrement, MM. Barbier et Tollemer ont montré que les bacilles ne restent pas localisés dans la gorge, mais envahissent la rate et surtout le bulbe.

Aujourd'hui, M. le Dr *Barbier* signale un nouveau bacille court, dit « en navette », différant morphologiquement et expérimentalement du bacille diphthérique court, un bacille, court lui-même, et qu'on ne saurait confondre avec le bacille diphthérique.

C'est un bacille ventru, à extrémités effilées, plus court que le bacille diphthérique, plus épais que le bacille diphthérique court, prenant uniformément les matières colorantes, et plus fortement que celui-ci. Il pousse avec quelques différences, minimes il est vrai, sur sérum et dans le bouillon, mais donne surtout une culture ver ruqueuse, exubérante sur la gélose glycérinée, sur laquelle le bacille diphthérique pousse difficilement.

Ce bacille, toujours associé, soit au bacille diphthérique, soit à des micro-organismes variés, n'est pas virulent pour le cobaye dans les conditions d'expérience où le bacille diphthérique l'est. On le trouve dans la gorge, mais surtout dans le nez.

Au point de vue clinique, les angines qui donnent, à l'examen bactériologique, des bacilles en navette, peuvent être membraneuses ou présenter les caractères des angines inflammatoires simples.

Dans 8 cas sur 19, M. Barbier a rencontré des angines pseudo-membraneuses ; mais, sur ces 8, il en est 4 dans lesquels il existait en même temps du bacille diphthérique ; ces angines se sont comportées cliniquement et thérapeutiquement comme des angines diphtériques typiques. Il a pu, dans un cas, vérifier l'absence de virulence du bacille en navette et la virulence du bacille diphthérique. Ce sont donc des angines dues au bacille diphthérique et au bacille diphthérique seul.

Dans quatre autres cas, il n'y avait pas de bacilles diphthériques ; ces angines présentaient un aspect douteux, et certaines ressemblaient à l'angine herpétique ; dans les *autres*, *les* exsudats étaient mollasses, muco-fibrineux non envahissants, mais le caractère le plus saillant de ceux-ci a été leur récidive ou leur persistance, malgré l'emploi du sérum curateur qui semblait n'avoir aucune action sur la marche des acci-

---

routinier, nous apporte de la lumière, de la justice, dissipe les équivoques, les malentendus, qu'il rende à leur auge, au ruisseau qui leur convient, les plumitifs de bas étage qui ont cherché à nous souiller de leur encrier.

Ce faisant, bel enfantelet, tu seras bon à quelque chose. En te fendant un peu, en n'imitant pas les nombreux grigous, qui, à l'occasion des étrennes, cherchent à obtenir le maximum d'effet avec le moins de frais possible, tu seras béni par Esculape et ses descendants, tant que la terre tournera...

Ah ! si l'an qui va commencer
N'amène pas une autre scène,
Mes bons amis, de le passer,
Qui voudra se donner la peine ?
Des jours de douleurs et d'ennui,
D'exister nous ôtent l'envie,
Au monde on ne tient aujourd'hui
Que par l'espoir d'une autre vie.
Si cet état ne change pas,
Si notre attente est toujours vaine ;
Hélas ! de rester ici-bas,
Qui voudra se donner la peine ?

Notre génération n'a que trop de tendance à s'alarmer de prévisions pessimistes, à entrevoir de futures calamités ; toutes les bonnes volontés s'enlisent dans la crainte, se laissent paralyser par la peur du lendemain. — Cessons de piétiner sur place, afin que demain soit supérieur à hier, afin que la marche en avant de l'humanité se continue. — Semons pour récolter ; le travail mystérieux de la germination se poursuivra dans les idées, comme il se fait lentement dans le sol et si nous n'assistons pas à la moisson, nous nous en consolerons en pensant que nos fils en profiteront.

Ces pensées consolantes vaudront mieux que les imprécations dont quelques-uns couvrent la fin de l'année, sous prétexte que les sacrifices qu'elle impose se compliquent de l'appréhension du terme de janvier, terme qu'on pardonne moins au propriétaire que celui d'avril, par exemple, où les lilas commencent à égayer jardins et logis.

Il est possible, en effet, que les concierges qui n'ont qu'une petite dose de politesse à dépenser par an, la réservent pour le jour des étrennes et qu'on paie plus cher qu'ils ne valent les souhaits des subalternes ou des miséreux. Je vous accorde que les boulevards sont impraticables, les petites boutiques hideuses, qu'il est difficile de se faire véhiculer, que les baisers humides des belles-mères n'ont rien d'agréable, que la rue a l'air d'être envahie par une noce rustique, aux bizarres accoutrements, que les fondants aggravent les affections gastriques ; — je reconnais même que les étonnements des gens à vous trouver encore en vie, ou pas trop changé, mettent du gris dans l'âme et n'ont rien de rassurant ; mais enfin il n'y a pas de quoi broyer du noir.

Hâtez-vous de faire de l'orthopédie morale et de réagir contre cette disposition atrabilaire. Raccrochez-vous à d'heureuses prédictions, à défaut de félicité présente.

Il n'en faut pas davantage pour consoler les grands enfants que nous sommes de la peine qu'ils ont à traîner leur boulet. Passez muscade... une pincée d'espoir... et la chaîne est déjà moins lourde : *Ma fortune va prendre une face nouvelle*, répète-t-on après Racine, et on s'endort d'un sommeil plus calme.

Dormez, rêvez, confrères, en évoquant autant que possible les contes de nourrices d'autrefois, tout remplis de palais enchanteurs, de fées bienfaisantes, d'enchantements ; cela vaudra mieux que la réalité.

. . . .

Pour atteindre l'idéal du bonheur, selon le conseil d'un psychologue émérite, aimez ce que vous avez, cherchez en vous-même vos satisfactions et ne demandez aux choses que ce qu'elles peuvent vous donner !

Dr Grellety (de Vichy).

---

dents. Dans tous ces cas, l'état général est resté bon, sans trace d'intoxication.

Dans les onze dernières observations, les caractères des angines ont été plus variables : nulle dans un cas, rouge dans trois cas, avec exulcération dans un cas, rouge avec quelques dépôts pultacés ou d'aspect fibrineux secondaires, avec état lardacé de l'amygdale, dans les autres. L'examen du nez et du larynx n'a pas été plus démonstratif. Les exsudats ont résisté à l'emploi du sérum. (*France médicale.*)

En somme, le bacile en navette est un parasite accidentel, devant être séparé du bacille diphthérique et les angines dans lesquelles on le rencontre sont, ou des angines diphthériques vraies à bacilles de Lœffler, ou des angines septiques.

La maladie de Thomsen.

D'après la thèse du Dr *A. Kornhold*, de Paris, la maladie de Thomsen est une affection congénitale et familiale dans la plupart des cas, mais elle peut aussi être acquise. Dans cette dernière éventualité, elle apparaît tardivement jusqu'à l'âge de 40 ans.

Cliniquement, l'affection est caractérisée par une raideur musculaire au début des mouvements volontaires.

L'existence de la réaction myotonique peut à elle seule confirmer le diagnostic dans les cas douteux ou frustes, mais l'absence de cette réaction ne suffit pas pour nier l'affection. L'influence de l'état psychique sur l'intensité du symptôme de Thomsen est très remarquable. Cette influence se voit principalement dans les maladies du système nerveux et dans les névroses.

Le fait de haute importance, sur lequel nous insistons particulièrement, est celui, que *là*, où la maladie de Thomsen s'associe à une autre maladie, cette dernière est toujours une maladie du système nerveux.

Dans tous les cas, où l'affection débute dans l'enfance ou l'adolescence, le *squelette* osseux des malades se développe plus en largeur et moins en longueur que dans l'état normal, et chez tous les sujets la couche sous-cutanée est peu développée ou, peut-être, diminuée d'épaisseur.

Au point de vue de l'anatomie pathologique des muscles, l'importance des lésions est en rapport avec la durée de la maladie.

De sorte que l'examen microscopique d'un fragment musculaire doit être fait tout à fait au début de l'affection.

La maladie débute en général lentement, mais elle peut aussi être brusque et envahir d'un coup toute la musculature.

Sa marche est uniforme, susceptible d'amélioration et d'aggravation sous l'influence de l'état psychique, de la température, de la pression barométrique.

Il n'existe pas jusqu'ici de traitement. L'électricité est plutôt défavorable. La gymnastique passive et le massage ont seuls quelque influence sur la marche de l'affection (Bechtereff).

REPORTAGE MÉDICAL

La mort du médecin. — « Un médecin très connu dans le quartier de Clignancourt sous le nom du « père Boh », M. Eugène Boh, âgé de quarante-huit ans, demeurant 36, rue de Clignancourt, attaché depuis vingt ans au bureau de bienfaisance du XVIIIe arrondissement, rentrait chez lui, hier matin, vers une heure, sortant de chez un malade, lorsqu'il est tombé, foudroyé par une congestion, sur le palier de son cabinet de consultation.

Le docteur Boh avait reçu, dimanche dernier, la médaille d'or de la préfecture de police. Il était la providence des pauvres du versant nord de la butte Montmartre. »

Cette courte mais touchante oraison funèbre, tirée des faits divers du *Matin*, méritait d'être recueillie. Il y a dans le corps médical tant de grands cœurs ignorés, qui n'ont même pas ce petit témoignage de la reconnaissance publique !

— *La grâce des Drs Boisleux et de la Jarrige.* — Le bruit court que prochainement le Président de la République signerait la grâce de nos deux confrères condamnés pour l'affaire Thompson. M. Boisleux est détenu à la prison de Corbeil, et M. de la Jarrige à la prison d'Etampes.

— *L'Académie de Médecine.* — M. le Dr Lannelongue, député du Gers, vient d'obtenir l'engagement formel du ministre des finances de préparer par un projet de loi à déposer prochainement la reconstruction des locaux occupés par l'Académie de Médecine. Ce n'est vraiment pas du luxe ;

— *Candidature sénatoriale.* — M. le Dr Pozzi (de Bergerac), chirurgien de l'hôpital Broca, pose sa candidature dans la Dordogne pour le siège sénatorial devenu vacant par la mort du Dr Gadaud, de Périgueux.

— *Monument Tarnier.* — La plupart des accoucheurs des hôpitaux ont tenu à se réunir, ces jours derniers, pour constituer un comité destiné à poursuivre l'érection d'un monument en souvenir du Pr Tarnier.

— Nous sommes en retard pour faire part, à nos lecteurs, de la publication d'un nouveau journal, le *Réveil médical*, bi-mensuel, organe des intérêts professionnels, qui en est déjà au n° 12 de sa première année. Rédacteur en chef, le docteur A. Casset.

— *La vaccine et la vaccination*, par J. Delobel et P. Cozette, lauréats de l'Académie de médecine, Masson et Cie, éditeurs, boulevard Saint-Germain, 120.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4219.— M. le docteur Portes, d'Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées), membre du syndicat général des médecins et stations balnéaires et sanitaires de France.

N° 4220.— M. le docteur Beaupère, de Salornay-sur-Guye (Saône-et-Loire), présenté par le Directeur.

N° 4221.— M. le docteur Privat, de Saint-Gérand-le-Puy (Allier), présenté par le Directeur.

NÉCROLOGIE.

Nous avons, après M. le docteur Bibard, à faire, encore, part à nos lecteurs, du décès de l'un de nos plus honorables et excellents collaborateurs, M. le docteur *Béraud*, de Charlieu (Loire). Les anciens membres du Concours ont sûrement conservé le souvenir de ses études, notamment sur les Sociétés de Secours mutuels. Ils se joindront à nous pour exprimer à sa famille les regrets que nous cause l'irréparable perte qu'elle vient de faire en la personne de notre distingué confrère, qui honorait grandement l'innombrable phalange, si méritante, des médecins des départements.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

ANNÉE 1897

Cette table contient trois parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Bulletin des Syndicats.

I

Partie Scientifique

A

B

C

U

V

W

II

Partie Professionnelle

A

B

III

Bulletin des Syndicats

Clermont (Oise.) — Imprimerie DAIX frères, 3, place Saint-André.